

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра теории и методики обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья

**Работа специального психолога по коррекции синдрома дефицита
внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с
задержкой психического развития**

Выпускная квалификационная работа
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Профиль «Специальная психология»

Квалификационная работа
Допущена к защите
Зав. кафедрой
д.ф.н., профессор А.В. Кубасов

дата

подпись

Руководитель ОПОП:
к.пс.н., профессор О. Г. Нугаева

подпись

Исполнитель:
Базерова Разина Расилевна
обучающийся БС-41z группы
заочного отделения

подпись

Научный руководитель:
Кубасов Александр Васильевич –
д.ф.н., профессор, зав. кафедрой

подпись

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	6
1.1. Психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психологического развития старшего дошкольного возраста.....	6
1.2. Симптомы и причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности.....	11
ГЛАВА 2. РАБОТА СПЕЦИАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	38
2.1. Методики исследования синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	38
2.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента.....	52
2.3. Программа коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	56
2.4. Результаты контрольного этапа эксперимента.....	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	64
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	67
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	

ВВЕДЕНИЕ

Социальные, экономические и экологические факторы, оказывающие неблагоприятно воздействие, приводят к ухудшению детского здоровья. Физические и психические отклонения развития наблюдаются примерно у 90% детей. Примерно в 4 раза произошло увеличение количества психопатологических состояний, среди которых синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), занимающий одно из главных мест.

Многие дети, поступающие в школу, плохо подготовлены к обучению, это происходит из-за функциональной незрелости, обуславливающей школьную дезадаптацию. Одной из причин, имеющих большое значение, является наличие у ребёнка, не выявленного и нелеченого СДВГ.

Цель дошкольного образования – осуществление преемственности со школой. Универсальные учебные действия, складывающиеся ещё в дошкольном возрасте, являются важной основой умения учиться у младших школьников.

Детский сад – фундамент образования, а школа – само здание, где развивается образовательный потенциал, базовая культура личности [8].

Проявляющаяся гиперактивность не только индивидуально личностная проблема ребёнка, но и серьёзный социальный феномен. Поведение, вызывающее осложнения в учебе и коммуникации гиперактивного ребёнка в детском возрасте, могут стать социально опасными в подростковом возрасте. Детям требуется своевременная, часто не только медицинская, но и психолого–педагогическая помощь, предоставляющая поддержку, соразмерную способностям развития ребёнка, позволяющую осуществлять развитие и образование как на когнитивном, так и на социальном уровнях. На фоне этого очевидна необходимость выявления способов оптимизации процесса воспитания и обучения детей с трудностями в регуляции своего поведения.

Низкая подготовленность специалистов системы образования и родителей по проблеме гиперактивности, незнание её причин, механизмов действия осложняет образование детей дошкольного возраста. Специальные исследования Института возрастной физиологии РАО показывают, что своевременная работа с гиперактивными детьми, начавшаяся ещё в *дошкольном возрасте*, помогает значительно снизить или полностью снять факторы риска в процессах обучения и воспитания. Впрочем, воспитатели, педагоги и психологи в недостаточной мере владеют теорией СДВГ и практикой по его преодолению [22].

Актуальность проблемы нашей работы связаны с недостаточной разработанностью коррекционной работы с детьми, имеющими СДВГ, а также ростом их числа в ДОО.

В связи с этим возникает особая необходимость в получении наиболее цельного представления об основополагающих дефектах СДВГ и нахождении путей их коррекции.

Цель исследования определение и обоснование работы психолога по коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Объект исследования: синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Предмет исследования: работа специального психолога по коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

В соответствии с целью исследования были определены следующие задачи:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования.
2. На основе теоретического анализа психолого-педагогических исследований выявить психологические особенности детей с СДВГ.

3. Изучить комплекс психобиологических, семейных, школьных и социальных факторов, которые оказывают влияние на развитие СДВГ.

4. Провести психологическую диагностику детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

5. Экспериментально проверить эффективность выбранной коррекционно-педагогической технологии.

Для изучения особенностей развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ было проведено исследование на базе Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения № 277 города Екатеринбурга.

На первом этапе, в котором приняли участие двадцать шесть старших дошкольников в возрасте от пяти до шести лет, с помощью проведённых опросов родителей и воспитателя, были выявлены признаки СДВГ у десяти дошкольников старшей группы, составивших основную (экспериментальную) группу. Для реализации задач, составления понятийного аппарата исследования и методов исследования был проведён анализ научной литературы по данной проблеме.

На втором этапе на основании полученных данных был подобран цикл занятий психолого–педагогической помощи детям с проявлениями гиперактивности (СДВГ) в старшем дошкольном возрасте

На третьем этапе была проведена повторная (контрольная) диагностика детей и опрос родителей и воспитателя. Выявлены результаты проведенных коррекционных психолого-педагогических занятий. Подведены итоги результативности диагностической, коррекционной и просветительской работы с детьми старшего дошкольного возраста и их окружением.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1.1. Психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психологического развития старшего дошкольного возраста

Зарубежные психологи и клиницисты интерпретируют «*синдром дефицита внимания*», как зачастую совмещённый с *гиперактивностью* и присущий детям с *минимальными мозговыми дисфункциями (ММД)*, и многим с затруднениями в обучении – задержкой психического развития (*ЗПР*) [64, с. 52].

Понятие ЗПР появилось в отечественной психологии в 60-х гг. XX в. в результате начавшегося исследования у детей устойчивого отставания в учёбе в массовой школе, и некоторые, которых диагностировали как умственно отсталых, через короткое время обучения в специальной школе начали с успехом справляться с программой и обнаруживали немалый потенциал.

К признакам ЗПР относили синдром временного недоразвития психики в целом или некоторых ее функций и синдром замедленного темпа реализации закодированных в генотипе особенностей организма (рис. 1) [64, с. 45].

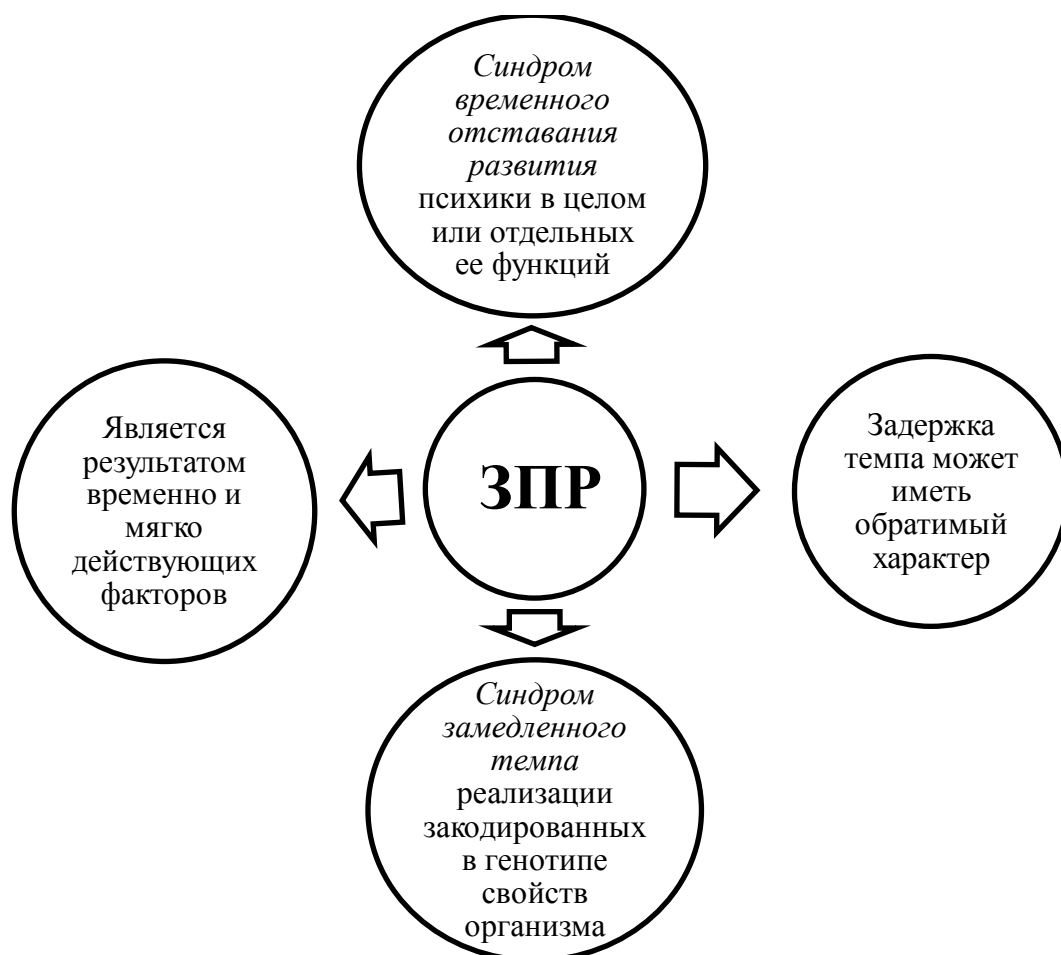


Рис. 1. Признаки ЗПР

Сухарева Г. Е. различала следующие причины ЗПР (рис. 2) [65, с. 123].

Г. Е. Сухарева различала	Интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения
	Интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями
	Нарушения при различных формах инфантилизма
	Вторичная интеллектуальная недостаточность, возникающая в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, письма и чтения
	Функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы

Рис. 2. Этиология задержки психического развития

Ковалев В. В. выделял четыре группы пограничных форм интеллектуальной недостаточности (рис. 3) [4, с. 123].

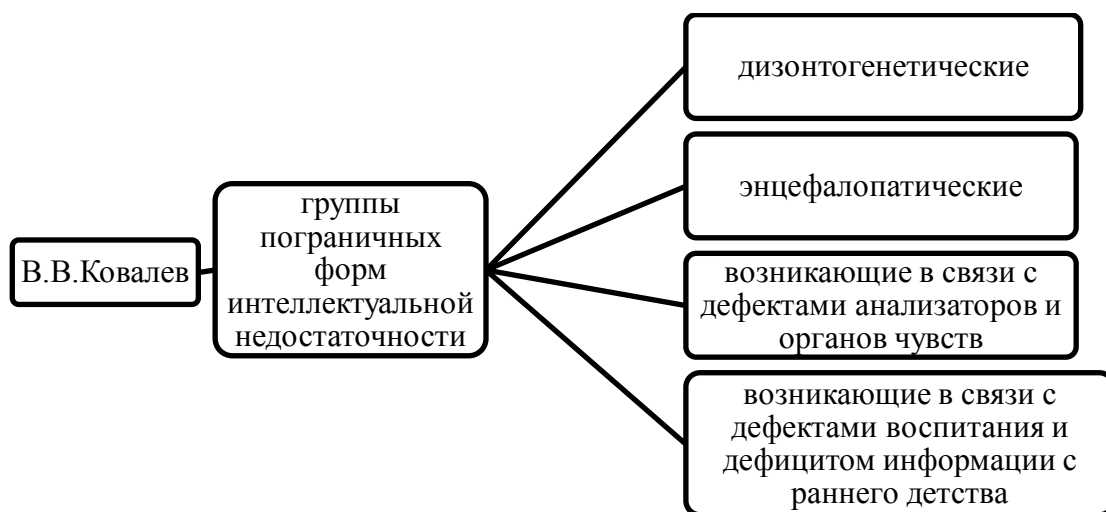


Рис. 3. Группы пограничных форм интеллектуальной недостаточности

К основным формам ЗПР Певзнер М. С. и Власова Т. А. относили отставание, вызванное психическим и психофизическим инфантилизмом, а также длительными астеническими и церебрастеническими состояниями (рис. 4).



Рис. 4. Основные формы задержки психического развития

Лебединская К. С. (1982), опираясь на этиологический принцип, выдвинула четыре основных варианта ЗПР (табл. 1) [64, с. 124].

Таблица 1

Классификация детей с ЗПР (К. С. Лебединской)

Формы ЗПР		Причины и признаки ЗПР	
1	Конституционального происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм)	имеет наследственную природу (у родителей в детстве имелись соответствующие черты) Дети отличаются внешне: ➤ более субтильные ➤ рост меньше среднего ➤ личико сохраняет черты более раннего возраста ➤ сильно выражено отставание в развитии эмоциональной сферы ➤ находятся на более ранней стадии развития по сравнению с хронологическим возрастом ➤ лабильность и неустойчивость эмоциональных проявлений – характерны легкие переходы от смеха к слезам и наоборот ➤ выражены игровые интересы, которые преобладают в школьном возрасте ➤ эмоции отстают в развитии, задержано развитие речевое, интеллектуальной и волевой сферы	Может быть преодолена в условиях обычной школы (индивидуальный и дифференцированный подходы)
2	Соматогенного происхождения	➤ в раннем возрасте длительные и тяжелые соматические заболевания ➤ задержка созревания и развития ЦНС из-за плохого соматического состояния ➤ сенсорная депривация	
3	Психогенного происхождения	➤ жестокость со стороны родителей ➤ гиперопека ➤ гипоопека	
4	Церебрально-органического генеза	➤ патологические ситуации беременности и родов: ❖ родовые травмы, ❖ асфиксии, ❖ инфекции во время беременности, интоксикации, ➤ травмы и заболевания ЦНС в первые месяцы и годы жизни до двух лет	

Достаточно сложно выделить ЗПР в дошкольном возрасте, так как наблюдающиеся симптомы отставания в развитии функций, сходны с наблюдаемыми при умственной отсталости (УО) и выраженных нарушениях речевого развития (табл. 2).

Сходные проявления с ЗПР

Различия между сходными проявлениями с ЗПР	
легкая степень УО	повреждения имеют разлитой характер
общее недоразвитие речи (ОНР)	органическая и функциональная недостаточность, является парциальной и затрагивает только речевые зоны коры
глубокая педагогическая запущенность (социально–культурная депривация)	задержка в развитии возникает из-за крайне недостаточной внешней стимуляции созревающего мозга, который остается функционально недоразвитым, т.к. недостаточно «упражняется», мало работает

ЗПР в дошкольном возрасте

Принципиальное значение при дифференциальной психолого-педагогической диагностике имеет понимание закономерностей онтогенеза детей, отличительных характеристик их психологической структуры особенно в старшем дошкольном возрасте.

Если возраст ребёнка до пяти лет, то бывает трудно диагностировать ЗПР, т.к.:

- намного хуже развиты психические процессы,
- меньше дифференцирована психическая деятельность.

Значительный потенциал раскрывается у детей с ЗПР дошкольного возраста.

Дети с СДВГ, посещавшие специальный детский сад или педагога–дефектолога в коррекционной группе, при условии длительной коррекционной работы, бывают сравнительно готовыми к обучению в школе. Но и после коррекции часто выявляются симптомы дефицита внимания, гиперактивность, нарушения координации движений, отставание в речевом развитии, трудности регуляции поведения.

Трудности школьной адаптации, проявляющиеся в проблемах соблюдения школьного режима и послушания чётким правилам поведения:

- на уроках не усидчивые, крутятся, встают, переключают предметы на парте и в рюкзаке, забираются под парты, бегают, кричат,

- в перерывах затевают бесцельную возню.

Гиперактивность присуща подавляющему большинству из них и существенно влияет на их учебную деятельность.

Дети с СДВГ:

- ❖ зачастую не выполняют задания педагога,
- ❖ испытывают проблемы с сосредоточением на их выполнении, требующих относительно длительного времени,
- ❖ любые посторонние стимулы, отвлекают их внимание от заданий.

Такое поведение преимущественно свойственно для детей с ЗПР, не прошедших дошкольной подготовки в специальном детском саду, из этого можно сделать вывод о необходимости своевременной диагностики нарушений и коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

1.2. Симптомы и причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Психофизическая характеристика внимания

Исследованием проблемы внимания занимались выдающиеся учёные: нейрофизиолог Н. А. Бернштейн, психологи Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, С. Л. Рубинштейн, О. С. Вудвордс, П. Я. Гальперин, Е. Д. Хомская и другие. Определение внимания, сложившиеся благодаря их трудам следующие.

«Внимание – это способность выделять предметы, объекты или явления действительности, наиболее актуальные в данной конкретной ситуации» [41, с. 174].

Внимание, представленное в качестве составной части в любом психическом процессе и эмоционально-волевом, и познавательном (мыслительном) (рис. 5). Без внимания практически невыполнима ни одна психическая функции [13, с. 42], [69, с. 174].

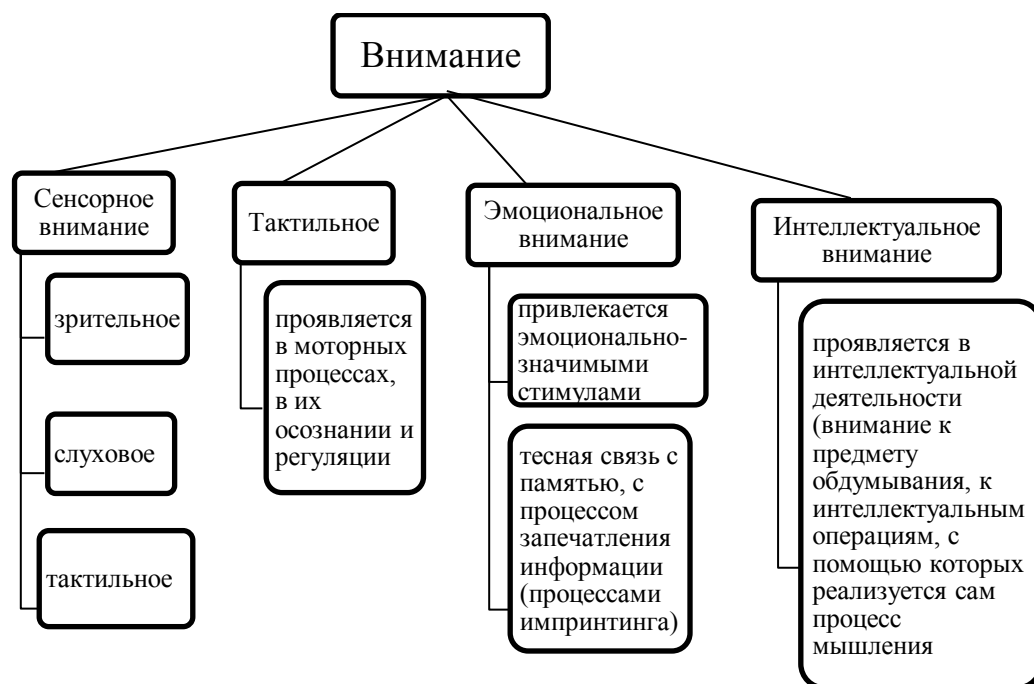


Рис. 5. Виды внимания (Е. Д Хомская)

К основным свойствам внимания относят: объем, распределяемость, устойчивость, концентрированность, переключаемость (рис. 6.) [15, с. 8].



Рис. 6. Свойства внимания

Две группы факторов обеспечивают избирательный характер психических процессов (рис. 7). К ним относятся структура внешних раздражителей (структура внешнего поля) и различные внутренние факторы, определяющие деятельность самого субъекта (структура внутреннего поля) [23].

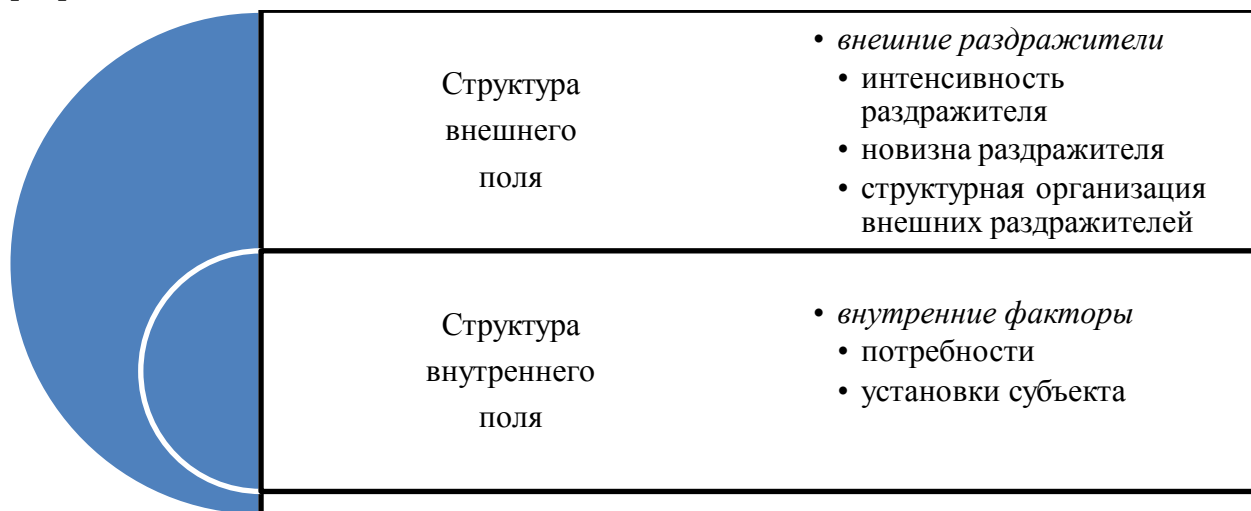


Рис. 7. Факторы, обеспечивающие избирательный характер психических процессов

Существует несколько видов внимания: предвнимание, непроизвольное, произвольное и постпроизвольное (рис. 8).

Предвнимание	Непроизвольное внимание	Произвольное внимание	Постпроизвольное внимание
<ul style="list-style-type: none"> • неосознаваемый автоматический процесс обработки сенсорной информации нейронами-детекторами в анализаторных системах • предшествует непроизвольному вниманию и является основой для формирования зрительных образов 	<ul style="list-style-type: none"> • генетически исходное, навязывается индивиду внешними объектами и событиями • не зависит от сознательных целей и намерений субъекта, проявляется как ориентировочный рефлекс на физиологическом уровне (рефлекс «что такое?», по И.П. Павлову) • осуществляет быструю и правильную ориентировку в изменяющихся условиях внешнего мира 	<ul style="list-style-type: none"> • сознательно регулируемое и направляемое внимание • вторичное внимание формируется по мере становления всех других психических функций (Л.С. Выготский (1956)) • является социально опосредованным типом внимания 	<ul style="list-style-type: none"> • избирательная активность, формируется на основе произвольного внимания в процессе деятельности • состоит в сознательном сосредоточении в соответствии с целями деятельности, ее значимостью и интересом для индивида • не требует волевых усилий и ограничено только утомлением и истощением ЦНС

Рис. 8. Виды внимания

Все виды внимания, различаются тем, что выполняют разные функции, реализуют разные нейрофизиологические механизмы, образуемые по-разному в онтогенезе [6, с. 69], [51], [15, с. 9], [20], [54, с. 19].

Ориентировочный рефлекс (ОР) – физиологическая основа непроизвольного внимания (рис. 9). В соответствии с описанием И. П. Павлова (1949) любой новый раздражитель из внешней среды вызывает исследовательский рефлекс «что такое?», угасающий при повторении одного того же раздражителя [54, с. 19].

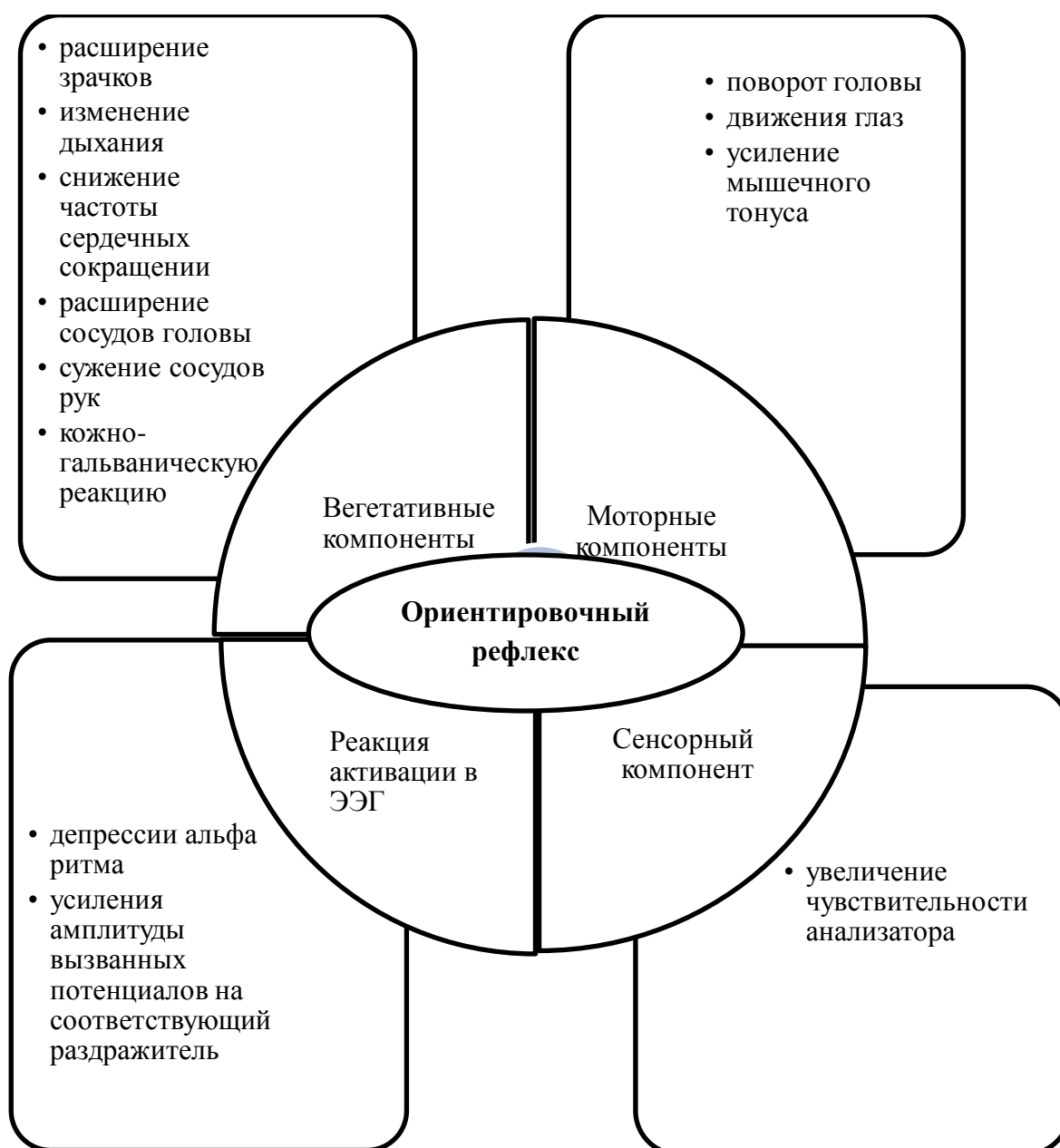


Рис. 9. Компоненты ориентировочного рефлекса

ОР – многокомпонентная реакция, обеспечивающая активацию мозга и внимания, которая требуется для обучения и в ориентировочной деятельности, заключающаяся в формировании активности в меняющихся условиях внешней среды [15, с. 12].

Знаменитый американский учёный М. Познер заявлял, что в мозге человека существует, отдельная, анатомически изолированная от систем обработка поступающей информации – *система внимания* (рис. 10). Сетевую структуру системы внимания формируют анатомические зоны. Автор разделял их на ряд функциональных подсистем внимания [16].

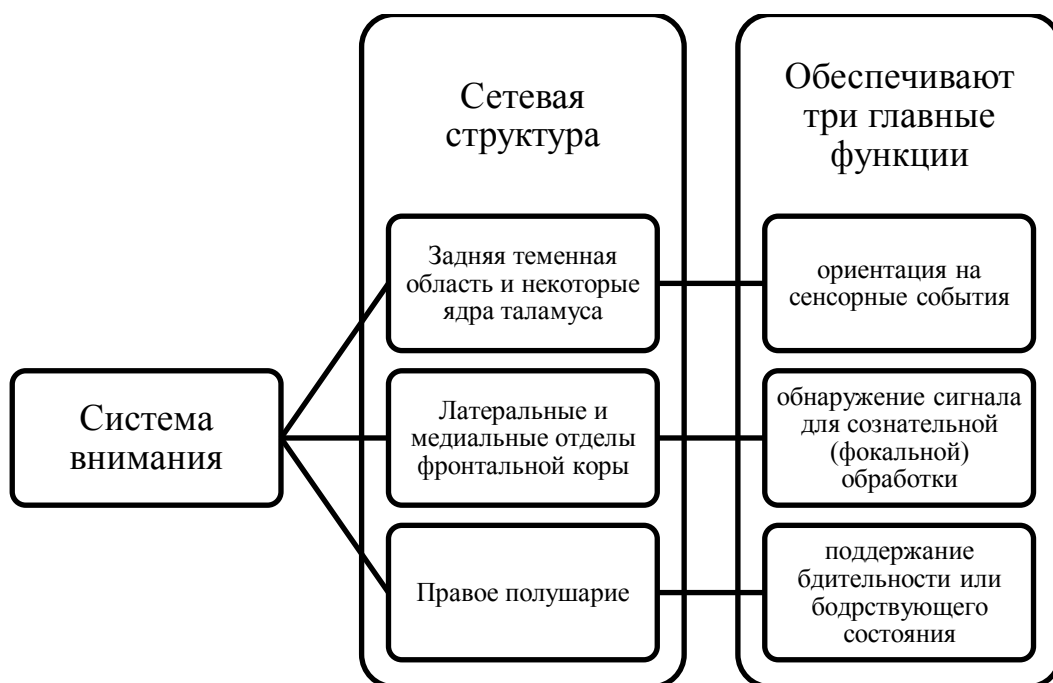


Рис. 10. Система внимания (М. Познер)

Психофизическая характеристика двигательной активности (ДА)

ДА, являясь главнейшим условием поддержки постоянства внутренней среды, проявляет ощутимое воздействие на все вегетативные системы организма, делает возможным быстрое его приспособление к меняющейся среде существования. Доминантным средством взаимодействия человеческого организма со средой окружения являются *движения* (речь и письмо и др.), связанные с уровнем формирования ДА [13, с. 21].

Возможности ДА ограничивают аномалии двигательного аппарата или (и) нарушения в развитии моторики [14].

Поэтапное развитие двигательных функций в ходе эволюции, отражается в расположении нервных структур, отвечающих за регулирование положения тела в пространстве и движении, и в этом прослеживается определённая иерархия [13, с. 21].

Н.А. Бернштейном (1990) было выделено *пять уровней: А, В, С, Д и Е*, которым соответствуют свои типы движений (таб. 3). Функционирование отдельного уровня сопряжено с определёнными отделами нервной системы.

Таблица 3

Многоуровневая система регуляции движений

(по Н. А. Бернштейну, 1990)

Название уровней	Типы движений, их характеристика
<div>Уровень А</div> <div>руброспинальный уровень</div>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ эволюционно наиболее древний и созревающий раньше других регулирует мышечный тонус (готовность мышц и нервов, принять и эффективно исполнить команду – импульс из центра), что важно для формирования поддержания тела ➤ осуществляются непроизвольные действия дрожательных движений – дрожь от холода; нервная дрожь от волнения или вздрагивание от внезапного резкого звука ➤ руководит построением произвольных действий: вибрационно–ритмические действия (обмахивание веером) ➤ принятие и удержание определенной позы (осанки с первых недель жизни новорожденного)

<p>Уровень В</p>	<p>таламопаллидарный уровень (содружественных движений и стандартных штампов)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ обеспечивается самыми крупными подкорковыми ядрами ➤ перерабатывает сигналы от мышечно–суставных рецепторов, которые сообщают о взаимном расположении частей тела ➤ перерабатывает и посылает в мозг информацию о величине суставных углов, о скорости перемещения в суставах, о силе и направлении давления на мышцы и глубокие ткани конечностей и туловища ➤ принимает участие в организации движений более сложного типа ➤ контролирует точность воспроизведения движения, ритмичное, качательное движение, например, движение руки при ходьбе ➤ точно повторяет предыдущее, в результате как бы штампуются одинаковые ➤ называется уровнем штампов, настолько точны повторяемые движения ➤ самостоятельно руководит немногими действиями несвязанными с окружающим пространством: это произвольное движение потягивания после сна, двигательные проявления эмоций, гримасы на, наклоны, изгибы тела, разнообразные ритмические движения
-------------------------	--	---

<p>Уровень С</p>	<p>уровень пространственного поля или пирамидно-спиральный (в обеспечении принимают участие подкорковые структуры и кора)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ движения, совершаемые под руководством, не содержат элементов повторяемости или чередования ➤ важнейшее свойство – метричность и геометричность ➤ на уровень поступает информация о состоянии внешней среды от экстерорецептивных анализаторов ➤ отвечает за построение движений, приспособленных к пространственным свойствам объектов ➤ все виды локомоции (перемещения), тонкая моторика рук ➤ называется «пространственным», имеют переместительный характер и обязательно приспосабливаются к пространству, в котором они протекают ➤ руководит особо важными движениями человеческого тела, движения всегда «ведут откуда-то, куда-то, и зачем-то» ➤ характерна вариативность и взаимозаменяемость двигательных компонентов, переключаемость движения с одного органа на другой и переключаемость приемов движения <p><i>основные группы самостоятельных движений:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ перемещение, передвижение всего тела в пространстве – ходьба, бег, лазание, ползание, плавание, ходьба по канату, на лыжах, на коньках, езда на велосипеде, прыжки вверх, в длину, в глубину, джигитовка ➤ «нелокомоторные» передвижения всего тела в пространстве – различные упражнения на гимнастических снарядах, акробатика ➤ движения – манипулирование с пространством – отдельных частей тела, чаще всего рук: прикосновения, указывающие жесты ➤ перемещение вещей в пространстве – схватывание, ловля движущегося предмета, перекладывание его, перенос, наматывание, подъем тяжести и т.д. ➤ все баллистические движения – метание, игра в теннис и городки ➤ движения прицеливания – установочно-выжидательные движения вратаря в футболе и хоккее ➤ подражательные и копирующие движения – срисовывание, изображение предмета или действия жестами, т. е. изобразительная пантомима
------------------	---	--

Уровень Д	уровень предметных действий	<ul style="list-style-type: none"> ➤ функционирует при обязательном участии коры (теменных и премоторных зон) ➤ обеспечивает организацию действий с предметами ➤ относят все виды орудийных действий и манипуляторных движений ➤ учитывают пространственные особенности ➤ согласуются с логикой использования предмета ➤ осуществление происходит по единой схеме (снять, завязать и т. д., хотя выполнение этих действий предполагает множество способов) ➤ высокий автоматизм, выполняются без активного контроля сознания, что возможно лишь после многократных упражнений и тренировок ➤ различие в действиях правой и левой рук ➤ <i>основные группы действий:</i> <ul style="list-style-type: none"> • движения с малым количеством автоматических действий: ощупывание, сравнение и выбирание предмета, любые смысловые действия ребёнка; • действия, значительно подкреплённые уровнем С, смысловые действия, протекающие в пространстве; действия с участием уровня В; упражнения в ловкости рук; • объединяет действия всех предыдущих групп, прежде всего это письмо и речь – движение губ и языка. <p>Поскольку этот уровень обеспечивается согласованной активностью разных зон коры, его функциональные возможности будут определяться динамикой созревания, как самих зон, так и возрастными особенностями межзонального взаимодействия.</p>
-----------	-----------------------------	--

Уровень E	уровень интеллектуальных, двигательных действий	<ul style="list-style-type: none"> ➤ высший уровень организации движения ➤ создаёт мотив для двигательного акта и осуществляет его основную смысловую коррекцию ➤ окончательно приводит результат движения в соответствие с намерением, с той самой моделью, которую ребенок создал мысленно перед началом своего действия ➤ руководит речью, письмом, хореографическими, импровизационными и другими смысловыми действиями ➤ нейрофизиологические механизмы этого уровня обеспечиваются высшими интегративными возможностями коры больших полушарий ➤ созревание коры, как и в предыдущем случае, имеет решающее значение для его функционирования
-----------	---	---

Представление многоуровневой системы регулирования движений дает возможность формирования и корректирования двигательных навыков, раскрытия нарушений и заболеваний мозга, помогающих в решении важнейших проблем здоровья ребёнка. В одном двигательном действии участвуют три – четыре уровня [15, с. 25].

Таким образом, контролирование и управление движением – довольно сложный процесс, содержащий обработку информации, получаемой через прямые и обратные связи между передними отделами коры, моторной корой, мозжечком, базальными ганглиями, а также стволом мозга и спинным мозгом. Двигательная система функционирует как многоуровневая система, организованная по иерархическому принципу с поэтапным увеличением сложности интеграции [17].

История открытия СДВГ

На симпозиуме, прошедшем в 1962 г., Оксфордской группой по международным исследованиям неврологии детства по проблеме минимального повреждения мозга, было решено, что наиболее точным названием для определения данного расстройства будет «минимальная

дисфункция мозга» (ММД). Допускалось, что при ММД бывают структурные изменения в ЦНС, а при «лёгкой дисфункции мозга» нет локализованного повреждения головного мозга, но имеется нейрохимическая и нейрофизиологическая дисфункция. К «лёгкой дисфункции мозга» авторы относили около ста клинических проявлений (повышенную ДА и недостаточную концентрацию внимания, даже агрессивность, дислексию, дисграфию, дискалькуляцию).

По мнению Клементс, «легкая дисфункция мозга» - это заболевание у детей со средним или близким к среднему (у некоторых выше среднего) интеллектуальным уровнем (рис. 11). Также наблюдаются расстройства поведения от легкой до выраженной степени, сочетающиеся с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться всякого рода комплексами нарушений перцепции, речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций [34]

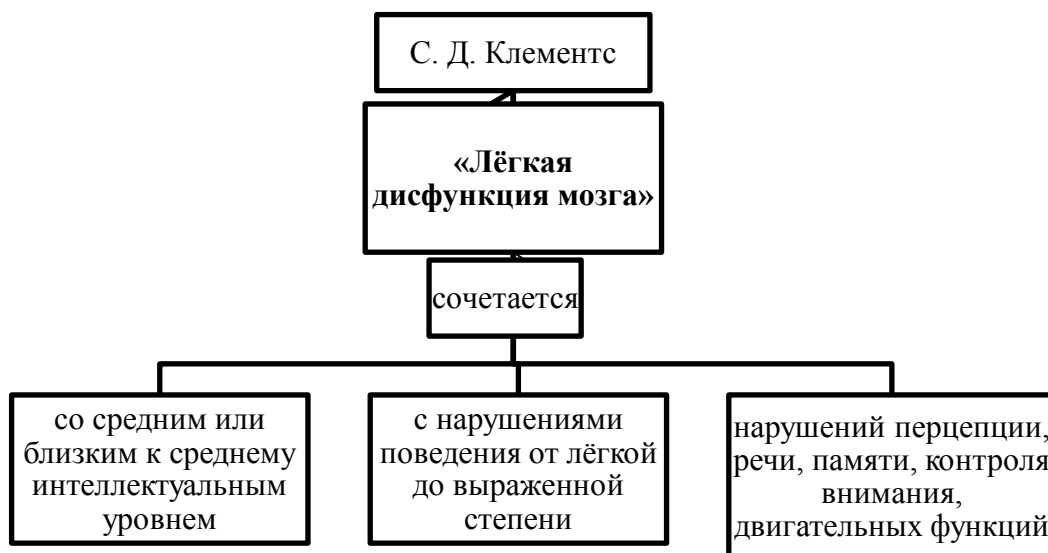


Рис. 11. Лёгкая дисфункция мозга (С. Д. Клементс)

В 1975 г. Б. Д. Смитт выступил против названия заболевания «лёгкая дисфункция мозга», доказывая это тем, что такой термин воспринимается как травмирование мозга, давая повод родителям опасаться за будущее интеллектуальное развитие ребёнка. Обосновывая это тем, что в некоторых странах мира, например, в Великобритании, она попадает довольно редко (0,4%), несмотря на большую распространённость этой патологии.

В 1980 г. впервые было предложено название «attentiondeficit» (дефицит внимания) (в третьем издании Американской психиатрической ассоциации «Диагностическое и статистическое руководство психических нарушений»), заменившее термин «лёгкая дисфункция мозга», «гиперактивность».

Основным признаком синдрома стало «нарушение внимания», подкреплённое тем, что проявляется у всех больных с этой патологией, а повышенная двигательная активность не всегда (рис. 12). Кроме дефицита внимания, делался акцент на поведение ребёнка, отличающееся от нормы.



Рис. 12. Синдром дефицита внимания (S. E. Schawith с соавторами)

Термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» употребляется и в настоящее время [34, с. 331].

В подготовленной Всемирной организацией здравоохранения в 1994 году международной классификации болезней десятого пересмотра – МКБ–10, СДВГ находится под номером F90 «Гиперкинетические расстройства» (рис. 13) [42].

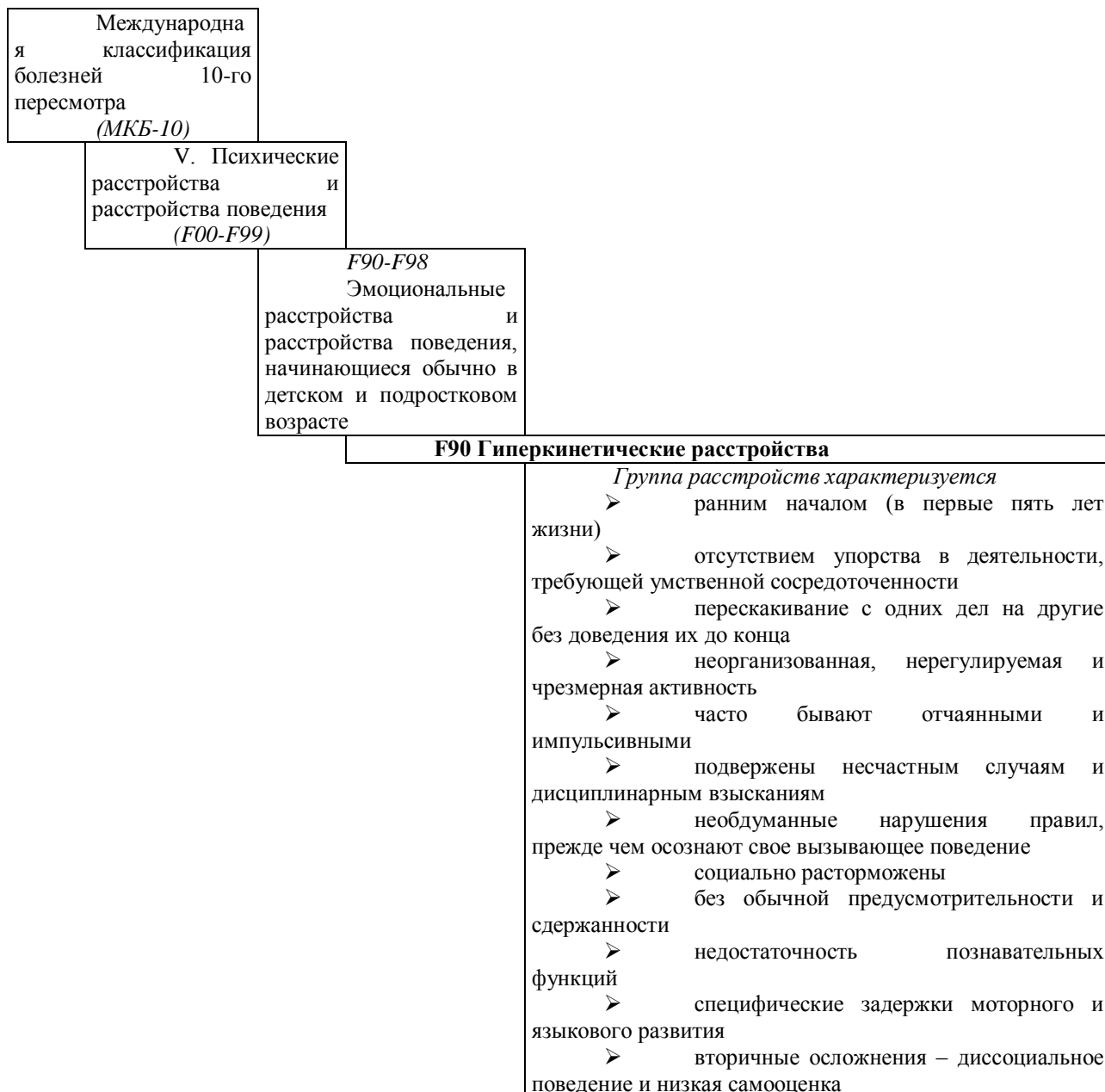


Рис. 13. Международная классификация болезней СДВГ



Рис. 14. Теории этиологии

Нарушения мозговой деятельности в пренатальный и перинатальный периоды, по мнению многих исследователей, играют большую роль в развитии СДВГ. До сих пор не определено, какие именно причины и в какой степени, являются следствием развития этого синдрома (рис. 15)



Рис. 15. Типы причин поражения развивающегося мозга
(Грибанов А. В.)

Факторы, способствующие возникновению СДВГ, представлены ниже (рис. 16).



[15]

Рис. 16. Причины СДВГ

Неблагоприятные воздействия в ранние сроки развития могут послужить фактором возникновения пороков развития, детских церебральных параличей и умственной отсталости.

Патологические влияния на плод в более поздние сроки беременности, зачастую воздействующие на развитие высших корковых функций, являются причиной риска для формирования СДВГ.

Не у всех детей с СДВГ возможно определить присутствие органического поражения ЦНС, пре- и перинатальные повреждающие факторы, являются одной из главных причин развития СДВГ.

Генетическая концепция формирования СДВГ допускает существование унаследованной недостаточности функциональных систем мозга, отвечающих за внимание и моторный контроль.

По итогам исследований в США и Чехословакии, у десяти – двадцати процентов детей с СДВГ зафиксировано унаследованное предрасположение к синдрому. Большая вероятность генетической природы, если проявления симптомов заболевания выражены сильнее. В ходе исследования было обнаружено, что у родителей детей, страдающих СДВГ, в детстве наблюдались такие же симптомы (у пятидесяти семи процентов).

Авторы трудов по молекулярной генетике выявили, что у больных с СДВГ отмечаются повреждения нескольких генов: гена дофамина рецептора и гена, отвечающего за транспорт дофамина. Выражена подлинная ассоциация фенотипа СДВГ с нулевым аллелем гена C4B (ген комплемента) и аллелем $\beta 1$ гена DR, входящих в большой комплекс генов гистосовместимости на хромосомы 6. У всех матерей и большинства отцов детей с данным синдромом были замечены сходные генные аллели.

Следовательно, изыскания определенного гена, приводящего к нарушениям внимания и поведения пока не увенчались успехом. СДВГ, вероятно, это генетически гетерогенное состояние.

Нейропсихологические исследования детей с СДВГ показывают несоответствие в развитии ВПФ, ответственных за внимание, оперативную память, познавательные способности, внутреннюю речь, моторный контроль и саморегуляцию.

Итоги нейропсихологических диагностик у взрослых с СДВГ показали такие же похожие дефициты исполнительных функций. Также имеются некие ухудшения или подобные дефициты исполнительных функций у братьев и сестёр детей с СДВГ. Это свидетельствует о вероятном *риске дефицита исполнительных функций*, связанном с наследственностью в семьях детей с СДВГ, если даже признаки СДВГ у членов таких семей выражены не так явно.

Дисфункция префронтальных долей (недостаток сдержанности и исполнительных функций) – возможное основание, раскрывающее СДВГ, это подтверждает большое число полученных по этой теме сведений.

Электронцефалография и компьютерная томография не показывают нарушений, т.к. четкой локализации повреждения нет, вернее всего, допускается вести речь о диффузном поражении [15, с. 42].

В. Дуглас (1980) сочла возможным предположить, что главные проявления поведения и когнитивных расстройств у детей с ГРДВ (СДВГ) имеют связь с особой конституциональной предрасположенностью *нейроанатомической или нейрохимической природы* (рис.17). Видимые проявления настоящей конституции имеют связь с неполноценной деятельностью трех тесно связанных механизмов [24, с. 21].

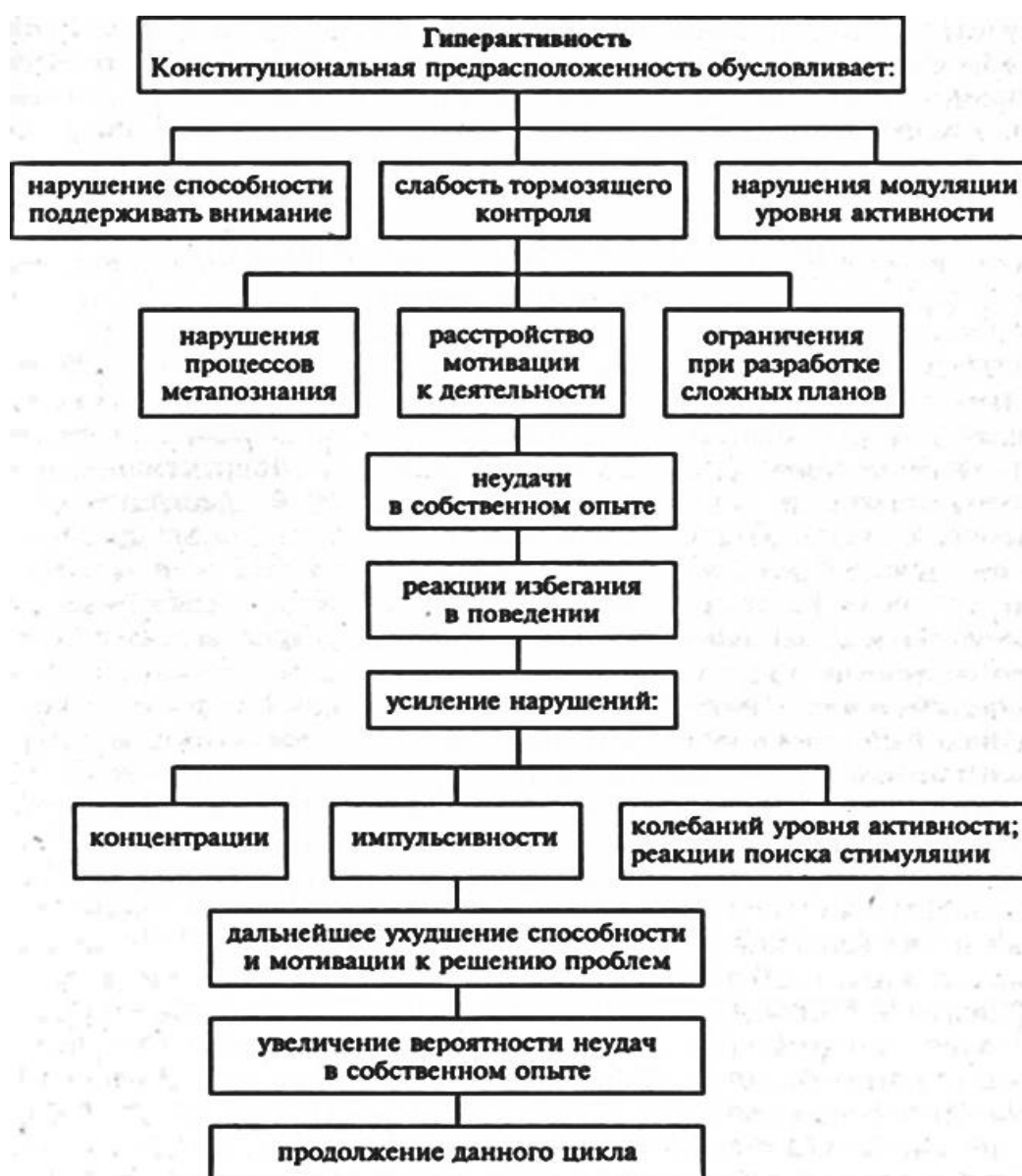


Рис. 17. Схематическое представление о причинах и следствиях нарушений внимания у детей с ГРДВ (по В. Дуглас, 1980)

Внешние проявления конституциональной предрасположенности связаны с недостаточным функционированием трех тесно связанных, регулирующих механизмов (схема 18).



Рис. 18. Внешние проявления СДВГ

В результате нарушений способности поддерживать внимание, модуляции уровня активности и слабости тормозящего контроля формируются расстройства или ограничения в развитии психических функций и схем поведения более высокого уровня, включая стратегии целенаправленного поиска, а также мотивации к деятельности (рис. 18). Поэтому дети с СДВГ чаще, чем их сверстники, сталкиваются с неудачами. Слабые результаты, неуспешное выполнение заданий вызывают реакции избегания. Тем самым концентрация внимания ухудшается ещё больше, усиливаются импульсивность и нерегулируемые колебания уровня активности. Одновременно для детей с СДВГ характерна выраженная склонность к поиску немедленного вознаграждения [24, с. 20].

Подходы к исследованию формирования СДВГ, разрабатываемые разными учеными, в основной части отмечают лишь некоторые моменты этой сложной проблемы (рис. 19). СДВГ – этиологически-полиморфное расстройство, к нему относятся факторы нейропсихологические, нейроморфологические, нейрофизиологические, нейрохимические, неблагоприятные факторы внешней среды, пищевые [58, с. 38].



Рис. 19. СДВГ – этиологически-полиморфное расстройство

Отмечают две группы медико–биологических факторов, определяющих развитие СДВГ (рис. 20):

1. Повреждение центральной нервной системы в пре-, пери- и ранний постнатальный периоды.

2. Генетические факторы.

Другие нарушения закономерно обуславливаются ранним органическим повреждением центральной нервной системы, наследственностью или их сопряженным действием (Н. Н. Заваденко, 2000). При этом весомую роль в развитии СДВГ наряду с медико–биологическими факторами играют психосоциальные условия [15, с. 45].

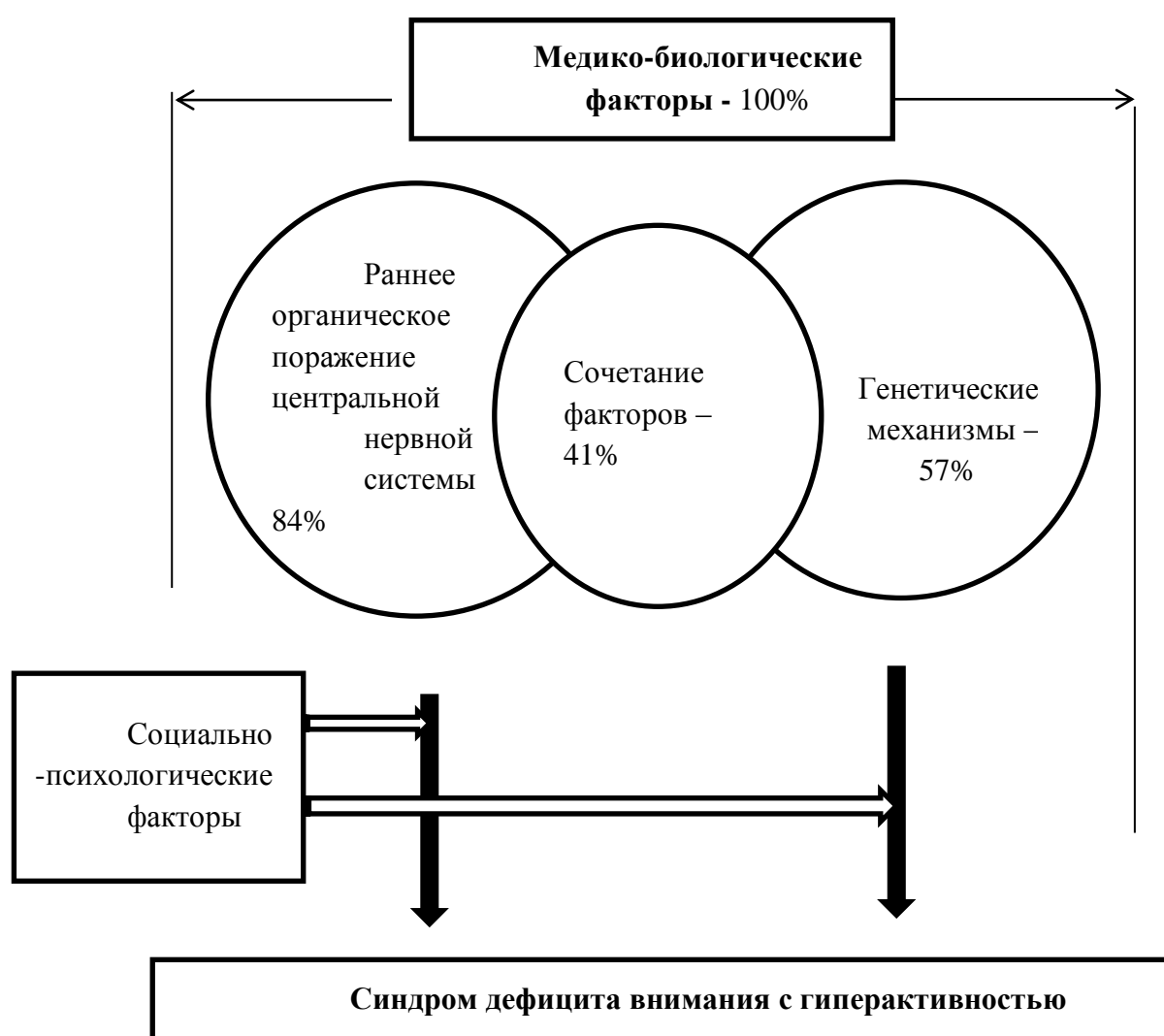


Рис. 20. Основные причины СДВГ у детей (Н. Н. Заваденко, 2002)

Клинические проявления СДВГ.

СДВГ – сравнительно новый диагноз, относящийся к детям с трудностями в сфере внимания, импульсивности и избыточной активности.

Дети с СДВГ это неоднородная группа, показывающая значительную изменчивость в степени выраженности и в ситуациональном диапазоне признаков. Нарушение служит одним из наиболее частых оснований для обращений к специалистам в области психического здоровья и одно из самых встречающихся расстройств психического здоровья в детском возрасте.

В симптомокомплекс СДВГ входит:

- невнимательность,
- гиперактивность,
- импульсивность,
- проблемы в обучении и общении.

СДВГ может включать в себя поведенческие расстройства, отставание в развитии языка и речи и, следовательно, школьных навыков. Синдром относится к пограничным расстройствам и находится в центре внимания медицинских, психологических и педагогических и других исследований.

Сравнивая детей с СДВГ и здоровых одного возраста и пола, можно найти отличия в трудностях внимания. Проведённое обследование показывает, что у детей с СДВГ наблюдаются затруднения в сосредоточенности на деятельности: постоянстве волевых усилий или устойчивости внимания по отношению к заданиям. Трудности бывают в не спланированных, свободных играх, снижающих время игры с одной определенной игрушкой, но количество используемых ребенком различных игрушек на протяжении всего времени игры значительно увеличивается. При СДВГ наиболее трудны задачи, предполагающие устойчивое внимание при осуществлении скучных, надоедливых, монотонных заданий, таких как самостоятельное выполнение школьных и домашних работ, а также трудных и неприятных заданий. Но если заинтересовать ребёнка, то выполнение

дополнительных заданий покажет устойчивость внимания детей с СДВГ, сходную с показателями нормальных детей.

Тем не менее, когда появляются конкурирующие друг с другом и сменяющие друг друга виды занятий, дети с СДВГ могут быть рассеянными и отвлеченными, и, фактически, им больше по душе отсрочить выполнение трудного задания, если есть возможность проявить себя в какой-либо высокооцениваемом соревновательном деле.

Для установления диагноза СДВГ по классификации DSM–IV (1994) (табл. 4) необходимо шесть (или более) признаков невнимательности, которые сохраняются у ребёнка, по крайней мере, шесть месяцев и проявляются так сильно, что приводят к нарушению адаптации и несоответствию нормальным возрастным характеристикам развития [15, с. 52].

Родители и учителя часто рассказывают о проблемах внимания следующим образом: «не слушает», «не заканчивает задания», «витает в облаках», «часто теряет вещи», «не может сосредоточиться», «отвлекается», «не умеет самостоятельно работать», «нуждается в большем руководстве», «не завершив одного задания, перескакивает на другое», «смущён, путается или как будто в тумане [15, с. 55].

Диагностические критерии СДВГ (DSM–IV, 1994)

Для постановки диагноза необходимо: А. (1) или (2)	
(1)	<p>Шесть (или более) следующих симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребёнка, по крайней мере, шесть месяцев и выражены настолько, что приводят к нарушению адаптации и несоответствию нормальным возрастным характеристикам развития.</p> <p><i>Невнимательность</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Часто неспособен сосредоточить внимание на деталях; из-за небрежности допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности. 2. Часто с трудом удерживает внимание при выполнении заданий или во время игр. 3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь. 4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и закончить выполнение уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что не связано с оппозиционным поведением или неспособностью понять задание). 5. Часто испытывает трудности при организации самостоятельного выполнения заданиям других видов деятельности. 6. Обычно избегает, не любит либо сопротивляется вовлечению в выполнения заданий, которые требуют длительного сохранения умственного усилия. 7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты). 8. Легко отвлекается на посторонние стимулы. 9. Часто проявляет забывчивость в повседневной активности.
(2)	<p>Шесть (или более) следующих симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются по крайней мере шесть месяцев и выражены настолько, что приводят к нарушению адаптации и несоответствию нормальным возрастным характеристикам развития.</p> <p><i>Гиперактивность</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; вертится сидя на стуле. 2. Часто встает со своего места во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте. 3. Часто проявляет двигательную активность: бегает, пытается куда-то залезть в ситуациях, когда это неприемлемо. 4. Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. 5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя словно «управляемый двигателем». 6. Часто чрезмерно разговорчив. <p><i>Импульсивность.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Часто отвечает на вопросы, не выслушав их до конца. 8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях. 9. Часто мешает другим, пристает к окружающим («влезает» в беседы или игры).
В.	Некоторые симптомы из разделов гиперактивность–импульсивность или невнимательности, создающие проблемы выявлялись у ребёнка в возрасте до семи лет.
С.	Нарушения, обусловленные вышеперечисленными симптомами, проявляются в двух и более ситуациях (например, в школе (на работе) и дома).
Д.	Должна быть очевидной клиническая выраженность нарушений социального, академического или профессионального функционирования.

Большинство определений очень часто находит подтверждение в анкетах, заполненных родителями и попечителями детей с СДВГ (таб. 5).

Таблица 5

Признаки СДВГ (Грибанов А.В.)

Признаки СДВГ	
Несосредоточенность внимания	<ul style="list-style-type: none"> ➤ не слушает ➤ не завершает начатые задания ➤ мечтает ➤ часто теряет вещи ➤ не может сосредоточиться ➤ отвлекается ➤ не может работать самостоятельно ➤ требует большего руководств ➤ не завершив одного задания, перескакивает на другое ➤ смущен, спутан или как будто в тумане
Импульсивность	<ul style="list-style-type: none"> ➤ недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования ➤ быстрое реагирование на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкции ➤ неадекватное оценивание требования задания ➤ небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны ➤ не могут рассмотреть потенциально негативные, вредные или разрушительные (даже опасные) последствия ➤ подвергают себя необоснованному риску ➤ нередко несчастные случаи с отравлениями и травмами ➤ могут легкомысленно и беспечно повредить или уничтожить чью-либо собственность ➤ очень проблематично дожидаются своей очереди в игре или в команде ➤ выбирают заведомо краткосрочные виды деятельности, ➤ прилагают меньшее количество усилий и времени на выполнение заданий, которые для них неприятны, скучны и надоедливы ➤ когда хотят что-либо и должны ждать, могут бесконечно изводить взрослых в ожидании данного события ➤ проблематичны ситуации игры, требующие совместного участия, сотрудничества, взаимодействия, сдержанности и строгости со сверстниками ➤ часто говорят нескромно, несдержанно, неосторожно, не задумываясь о чувствах окружающих или о социальных последствиях этих высказываний для их самих ➤ преждевременные ответы на вопросы и прерывание разговоров других ➤ производят впечатления незрелости или ребячливости, ➤ слабый контроль, безответственность, ленность ➤ чрезмерная грубость.

Гиперактивность	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ избыточная двигательная активность ➤ нарушения координации
Эмоциональные нарушения	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ эмоциональное развитие запаздывает ➤ неуравновешенность ➤ вспыльчивость ➤ нетерпимость к неудачам
Социальные отношения	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ отрицательное влияние на сверстников ➤ социальный катализатор, влияющий на поведение других часто в нежелательном направлении ➤ сложности во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми ➤ импульсивность ➤ навязчивостью ➤ чрезмерность ➤ дезорганизованность ➤ агрессивность ➤ впечатлительность ➤ эмоциональность
Поведенческие расстройства	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ночное недержание мочи ➤ хуже засыпают ➤ утром часто сонливы

Исследователи, которые пользовались прямым наблюдением за поведением детей, отметили, что нерабочее поведение или не сосредоточенность внимания при осуществлении задания, было зафиксировано намного чаще у детей и подростков с СДВГ, чем у нормальных детей или детей, имеющих трудности в обучении. СДВГ чаще характерно для мальчиков. Относительная распространенность среди мальчиков и девочек колеблется от трёх к одному, от девяти к одному, и зависит от критериев диагноза, методов исследования и групп исследования. Среди младших школьников синдром составляет порядка 10–15%, и мальчиков он бывает в три раза чаще, чем у девочек [15, с. 55].

Возрастная динамика проявления СДВГ (по Н. Н. Заваденко)

Возраст	Особенности проявлений СДВГ
Дошкольный возраст: 3 – 6 лет	<ul style="list-style-type: none"> ● повышенная двигательная активность ● агрессивность по отношению к окружающим ● неаккуратен, часто бросает, ломает вещи или игрушки ● чрезмерно энергичен во время игр, что часто придает им разрушительный характер ● болтлив, задает много вопросов ● спорит, предъявляет требования ● шумит, кричит, часто перебивает других ● частые вспышки сильного раздражения ● непослушен, плохо подчиняется требованиям взрослых ● попадает в опасные ситуации, получает травмы ● двигательная неловкость ● нарушения развития речи
Младший школьный возраст: 7–12 лет	<ul style="list-style-type: none"> ● повышенная двигательная активность ● быстро отвлекается ● плохо организует выполнение домашних заданий, не доводит их до конца, из-за невнимательности допускает много ошибок ● выкрикивает ответ до того, как вопрос сформулирован до конца ● часто встает со своего места в классе ● часто мешает занятиям, оказывает деструктивное влияние на класс ● трудности освоения учебных навыков, школьная дезадаптация ● не может дожидаться своей очереди во время игр ● беспечность и безответственность ● поведение расценивается взрослыми как незрелое ● не в состоянии доводить до конца выполнение обычных домашних поручений ● часто вмешивается в беседы и игры сверстников ● плохие взаимоотношения со сверстниками, мало друзей ● испытывает трудности во время игр, не может следовать их правилам ● вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение
Подростковый возраст: 13–18 лет	<ul style="list-style-type: none"> ● неуспеваемость в школе ● трудности в завершении выполнения длительных заданий ● отсутствие самостоятельности, не может работать без посторонней помощи ● низкая самооценка ● нарастание нарушений поведения ● безрассудное поведение, сопряженное с риском ● плохие взаимоотношения со сверстниками ● трудности в соблюдении правил поведения, подчинении общественным нормам и законам

Взрослый возраст	<ul style="list-style-type: none"> ● неорганизован, не обладает достаточными навыками планирования ● забывчив, рассеян, часто теряет вещи ● трудности с инициативой и доведением до конца работы над различными заданиями, проектами ● плохо планирует время для своей деятельности и неправильно оценивает имеющееся время ● частые смены места работы ● проблемы в семейной жизни ● остаются трудности с длительным сохранением внимания ● плохо переносит негативные эмоции, разочарования
------------------	---

[24, с. 37]

СДВГ, сочетаясь с ухудшением поведения, может вследствие стать причиной целого ряда нарушений личности – асоциальной психопатологии (развитию алкоголизма, наркомании) (табл. 7). Поэтому детям с СДВГ необходима в медико–социальная и психолого–педагогическая помощь [15, с. 60].

Таблица 7

Психопатологические состояния, осложняющие течение СДВГ

Возрастной контингент	Психопатологические состояния
Дети с СДВГ	<ul style="list-style-type: none"> ● Нарушения школьных навыков ● Разрушительное поведение ● Аффективные расстройства ● Тревожные расстройства ● Нарушения развития (мелкой моторики, речи и т.д.)
Подростки с СДВГ	<ul style="list-style-type: none"> ● Делинквентное поведение ● Злоупотребление ПАВ и алкоголем
Взрослые с СДВГ	<ul style="list-style-type: none"> ● Личностные расстройства (нарциссизм, пограничные нарушения психики, обсессивно–компульсивные расстройства) ● Депрессии ● Злоупотребления

[15, с. 60]

Изучение теоретического материала помогло ознакомиться с видами и свойствами внимания, многоуровневой системой регуляции движений, понять этиологию, диагностические критерии гиперактивности, что в дальнейшем облегчит диагностическую и коррекционную работу.

ГЛАВА 2 РАБОТА СПЕЦИАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1. Методики исследования синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

В объективации симптомов СДВГ (ГРДВ) есть некоторые трудности, вызванные тем, что для этих симптомов нередко свойственны колебания в различных ситуациях и в разное время, и зависят от видов деятельности и отношения к ним ребёнка. Поэтому обследование нужно проводить таким образом, чтобы особенности поведения ребёнка могли быть подтверждены дома и в детском саду. Анкетирование родителей и воспитателя проводилось с помощью специального структурированного опросника *«Краткая шкала оценки симптомов СДВГ (ГРДВ) –4»* (Gadow K. D., Spafkin J., 1997), (Приложение 1) оцениваются восемнадцать симптомов в соответствии с критериями классификации DSM–IV:

- симптомы с первого по девятый характеризуют проявления *невнимательности*,
- с десятого по восемнадцатый – *гиперактивности и импульсивности*.

Оценка результата по общему баллу, представляющая собой сумму балла за проявление невнимательности и балла за импульсивность и гиперактивность. В таком случае использование шкалы предоставляет возможность наиболее точной оценки степени тяжести двух групп симптомов СДВГ (ГРДВ) и установление клинического варианта этого расстройства: сочетанного, с преобладанием нарушений внимания или с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Диагноз СДВГ ставится только врачом, знакомство критериями необходимо всем специалистам, которые контактируют с гиперактивными детьми. Особенно важно ориентироваться в основных проявлениях СДВГ педагогам дошкольных учреждений и школ, психологам, которые должны как можно раньше рекомендовать родителям гиперактивных детей обратиться к специалистам и пройти обследование.

Для качественной и количественной характеристики расстройств, проводился дополнительный опрос родителей – «Анкета для родителей детей 5 – 15 лет для выявления СДВГ (ГРДВ) и минимальных мозговых дисфункций» – опросник был оформлен в виде таблицы (Приложение 2). В него включен список вопросов по 76 симптомам, наблюдающихся при различных формах СДВГ (ГРДВ) и ММД. В первых пунктах анкеты даётся характеристика семьи ребёнка, её состава, условий проживания, основных затруднений в поведении и обучении, указываются заболевания, перенесённые ребенком.

Опросник позволяет не только зафиксировать те или иные симптомы, но и оценить степень их выраженности в баллах. Помимо балльной оценки отдельных симптомов дается количественная оценка поведения по специальным шкалам (путем суммирования баллов за несколько сочетающихся друг с другом симптомов). В опроснике содержатся также вопросы, относящиеся к симптомам расстройств, с которыми СДВГ (ГРДВ) часто сочетается. Это дает возможность более детально рассмотреть нарушения поведения и трудности обучения, имеющиеся у ребёнка.

После того как один или оба родителя завершат заполнение таблицы, специалист анализирует полученные данные. Ответы оцениваются следующим образом: симптом отсутствует – 0 баллов, выражен мало – 1 балл, выражен значительно – 2 балла, выражен очень сильно – 3 балла, все вопросы сгруппированы по двенадцати шкалам. Оценки по шкалам вычисляются путем суммирования оценок по отдельным симптомам, затем полученная сумма делится на число данных ответов (в некоторых случаях

ответить на тот или иной вопрос не представляется возможным либо родители случайно пропускают отдельные пункты).

Интерпретацию результатов опросника для родителей должен осуществлять только специалист (врач или психолог), который делает заключение о целесообразности дальнейшего обследования ребёнка. Анкетирование может осуществляться повторно, для того чтобы более объективно оценить состояние ребёнка в динамике [24, с. 167].

Таблица 8

***Оценка по шкалам симптомов, представленных в анкете
для родителей детей 5–15 лет для выявления СДВГ (ГРДВ)
и других форм минимальных мозговых дисфункций***

Названия шкал	Симптомы, относящиеся к шкалам
Церебрастенические симптомы	1–5
Психосоматические нарушения	6–12
Тревожность, страхи и навязчивости	13–18
Моторная неловкость	19–23
Гиперактивность	24–28
Нарушения устной речи	29–34
Дефицит внимания	35–39
Эмоционально–волевые нарушения	40–45
Проблемы поведения	46–53
Агрессивность и оппозиционные реакции	54–62
Трудности школьного обучения	63–69
Нарушения чтения и письма	70–76

[24, с. 169]

Следует принимать во внимание все высокие оценки по отдельным симптомам, равные 2 баллам (симптом выражен значительно) и 3 баллам (выражен очень сильно). Детям с указанными отклонениями показано дальнейшее обследование.

«Диагноз СДВГ (ГРДВ) устанавливается врачом после проведения комплексного обследования. Оно включает клиническое интервью, в ходе которого оцениваются имеющиеся симптомы, медицинский и семейный анамнез, факторы риска (патология течения беременности и родов, наличие наследственной отягощенности по СДВГ (ГРДВ), особенности двигательного

и психоречевого развития ребёнка. Врач устанавливает, в каком возрасте впервые появились симптомы СДВГ, анализирует степень их выраженности, возрастную динамику, выставившиеся диагнозы и эффективность проводившихся коррекционных мероприятий.

Метод исследования внимания

Внимание – сложная и многомерная функция, включающая такие компоненты, как поддерживаемое внимание, избирательное внимание, торможение импульсивных действий, выбор необходимых реакций и контроль за их выполнением [24, с. 80].

Таблица 9

Виды и свойства внимания, основные методы их исследования

Виды и свойства внимания	Методы исследования
Поддерживаемое внимание	Тест непрерывной деятельности Тест с сигналом «стоп» Тесты на реакцию выбора с измерением времени реакции Корректирующие пробы
Направленное внимание	Субтест «кодирование» из методики Д. Векслера
Распределенное внимание	Тест Струпа
Переключение внимания	Висконсинский тест по сортировке карточек Тест с сигналом «стоп» Тест с рисованием линии между последовательными стимулами

[24, с. 84]

Методика Пьерона–Рузера

Данная методика была использована для исследования и оценки таких параметров внимания, как его устойчивость, возможность переключения, распределения, а также особенностей темпа деятельности, встраиваемость в задание, проявление признаков утомления и пресыщения. В своем классическом варианте предъявления методика в полном объеме реализует возможность выявления уровня сформированности произвольной регуляции психических функций (программирования собственной деятельности и её контроля, удержания инструкции, распределения внимания по ряду признаков). Методика также дает представление о скорости и качестве

формирования простой программы деятельности, усвоения нового способа действий, степени развития элементарных графических навыков, зрительно–моторной координации.

Материал. Бланк методики с изображением геометрических фигур (четыре типа фигур), расположенных на одинаковом расстоянии друг от друга в квадратной матрице 10x10 (Приложение 4). Простой карандаш средней мягкости (ТМ).

Возрастной диапазон применения. Методика может быть использована в работе с детьми пяти – восьми лет.

Процедура проведения и регистрации результатов

Перед ребенком кладется чистый бланк методики. Психолог, заполняя пустые фигурки образца (в левой верхней части бланка), говорит:

Инструкция. « Смотри, вот в этом квадратице я поставлю точку, в треугольнике – вот такую черточку (вертикальную), круг оставлю чистым, ничего в нем не нарисую, а в ромбе – вот такую черточку (горизонтальную), все остальные фигуры ты заполнишь сам, точно так же, как я тебе показал» *(ещё раз повторить, где и что нарисовать – устно).* Иногда имеет смысл добавить, что фигуры в бланке надо заполнять всё подряд, не выбирая одинаковых.

Образец на листе остается открытым до конца работы ребёнка.

В зависимости от возраста ребёнка и задач исследования условные обозначения (точка, тире, вертикальная линия) могут ставиться в одной, двух или трех фигурах. Четвертая фигура всегда должна оставаться «пустой». Важно, чтобы метки в фигурах не были «гомологичны» форме фигуры. Данная методика может быть использована и в ситуации групповой диагностики.

Детям до 5,5 – 6,5–летнего возраста можно уменьшить объем предлагаемого задания, например до 6 – 7 строк (60 – 70 фигур). Анализ результатов выполнения методики при этом остается прежним.

После того, как ребенок приступил к работе, психолог включает секундомер и фиксирует количество фигур бланка, заполняемых ребенком каждые тридцать секунд или одну минуту, например, делая отметки в виде точек или черточек прямо на бланке. О подобной регистрации ребёнка лучше предупредить заранее.

Желательно отметить, хотя бы приблизительно, с какого момента ребенок начинает работать по памяти, то есть без опоры взглядом на образец.

В протоколе необходимо указать, как ребенок заполняет фигуры: старательно, аккуратно или импульсивно; как это отражается на темпе работы; какая мотивация оказалась наиболее действенной для ребёнка.

Анализируемые показатели

- возможность удержания инструкции (программы, алгоритма деятельности);
- целенаправленность деятельности;
- параметры внимания (устойчивость, распределение и переключение);
- количество правильно заполненных фигур по отношению к общему их числу (индекс правильности);
- количество заполненных фигур за каждую минуту (динамика изменения темпа деятельности);
- число ошибок за регистрируемые отрезки времени (динамика изменения количества ошибок);
- распределение ошибок (и их количества) в разных частях листа – в данном случае анализируются как характер распределения ошибок в пространстве бланка (в верхней и нижней части бланка, в правой и левой), так и особенности динамики работоспособности и её влияния на количество ошибок;
- характер необходимой мотивации деятельности (мотивация достижения, соревновательная, игровая и т. п.).

Возрастные нормативы выполнения

К 5–5,5 годам доступно выполнение методики в полном варианте предъявления (заполнение трёх фигур) с различными ошибками, в частности пропусками, и достаточно быстро наступающим пресыщением (ребёнка «хватает» обычно не более чем на 5–6 строк). Темп деятельности, как правило, неравномерен.

К 6–7 годам доступно выполнение в полном объеме с постепенной вработываемостью (обычно к концу второй строки ребенок перестает обращаться к образцу) и возможными единичными ошибками. Темп деятельности либо постепенно нарастает, либо, достигнув определенного уровня, остается постоянным. Пресыщения не наблюдается при адекватной мотивации.

После 7 лет доступно безошибочное выполнение методики. Большое значение начинает приобретать скорость выполнения и количество «возвратов» к образцу. Хорошими результатами выполнения методики считается заполнение сто фигур бланка в среднем за время до три минут, безошибочно или с единичной ошибкой, а скорее с собственным исправлением ошибки, при ориентации не столько на образец, сколько на собственные отметки на бланке.

Тест

Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с помощью секундомера и подает команды "Начали!" и "Стоп!"

Надежность результатов исследования достигается повторными тестированиями, которые лучше проводить через значительные интервалы времени.

Обработка и анализ результатов

Результатами данного тестирования являются: количество обработанных испытуемым за 60 с геометрических фигур, считая и кружок, и количество допущенных ошибок.

Уровень концентрации внимания определяют по таблице (табл. 10).

Таблица 10

Число обработанных фигур	Ранг	Уровень концентрации внимания
100	1	очень высокий
91–99	2	высокий
80–90 65–79	3– 4	средний низкий
64 и меньше	5	очень низкий

За допущенные при выполнении задания ошибки ранг снижается. Если ошибок 1–2, то ранг снижается на единицу, если 3–4 – на два ранга концентрация внимания считается хуже, а если ошибок больше 4, то – на три ранга.

При анализе результатов необходимо установить причины, обусловившие данные результаты. Среди них важное значение имеет установка, готовность испытуемого выполнять инструкцию и обрабатывать фигуры расставляя в них знаки как можно скорее, или же его ориентации на безошибочность заполнения теста. В ряде случаев показатель концентрации внимания может быть ниже возможного из-за слишком большого желания человека показать свои способности, добиться максимального результата (то есть своего рода соревновательности). Причиной снижения концентрации внимания могут быть также состояние утомления, плохое зрение, болезнь [60, с. 144].

Метод исследования импульсивности

В исследовании уровня импульсивности была использована методика «Кактус», она предназначена для работы с детьми старше трех лет.

Цель: определение эмоциональных состояний ребёнка, наличие агрессивности и импульсивности.

Методика применяется в комплексе с классическими тестами и основными методами психологии (наблюдение, эксперимент).

При проведении диагностики испытуемому выдают лист белой бумаги стандартного размера А4 и простой карандаш. Возможен вариант с использованием карандашей восьми «люшеровских» цветов, в этом случае

при интерпретации учитываются соответствующие показатели теста Люшера.

Инструкции. «На листе белой бумаги нарисуй кактус – такой, каким ты его себе представляешь».

Вопросы и дополнительные объяснения не допускаются.

При обработке результатов принимаются во внимание данные, свойственные всем графическим методам: пространственное расположение и размер рисунка, характеристики линий, сила нажима карандаша. Кроме того, учитываются показатели, специфические именно для данной методики: характеристика «образа кактуса» (дикий, домашний, примитивный, детально прорисованный и пр.), характеристика иголок (размер, расположение, количество). В рисунке могут проявиться следующие качества испытуемых (таб. 11).

Таблица 11

Интерпретация рисунка «Кактус»

№	Качества	Категории оценивания
1	Агрессивность	Наличие иголок, сильно торчащих, длинных, близко расположенных друг от друга
2	Импульсивность	Отрывистость линий, сильный нажим
3	Эгоцентризм	Крупный рисунок, расположенный в центре листа.
4	Неуверенность в себе, зависимость	Маленький рисунок, расположенный внизу листа
5	Демонстративность, открытость	Наличие выступающих отростков в кактусе, вычурность форм
6	Скрытность, осторожность	Расположение зигзагов по контуру или внутри кактуса
7	Оптимизм	Изображение «радостных» кактусов
8	Тревожность	Преобладание внутренней штриховки прерывистыми линиями
9	Женственность	Наличие украшений, цветов, мягких линий и форм
10	Экстравертность	Наличие на рисунке других кактусов или цветов
11	Интровертность	На рисунке изображен один кактус
12	Стремление к домашней защите, чувство семейной общности	Наличие цветочного горшка на рисунке, изображение комнатного растения
13	Отсутствие стремления к домашней защите, чувство одиночества	Дикорастущие, пустынные кактусы

После завершения работы ребенку предлагают вопросы, ответы на которые помогут уточнить интерпретацию рисунков:

1. Этот кактус домашний или дикий?
2. Этот кактус сильно колется? Его можно потрогать?
3. Кактусу нравится, когда за ним ухаживают, поливают, удобряют?
4. Кактус растет один или с каким-то растением по соседству? Если растет с соседом, то что это за растение?
5. Когда кактус подрастет, то как он изменится (иголки, объем, отростки)?

При интерпретации выполненных рисунков необходимо учитывать изобразительный опыт ребёнка (наличие или отсутствие его), использование стереотипов, шаблонов с учетом возрастных особенностей [12, С. 38].

Метод исследования агрессивности

Использованная в проведении исследования уровня агрессивности методика «Тест Рука» (*Hand-тест*) – проективная методика изучения личности. Идея теста, принадлежащая Э. Вагнеру, была опубликована в 1962 году Б. Брайклином, З. Пиотровским, Э. Вагнером. Адаптированный в нашей стране Т. Н. Курбатовой, тест подходил для детей старше двенадцати лет. С 1988 года методика была приспособлена авторами для детей различных категорий в возрасте от четырёх до одиннадцати лет.

Проективная техника принадлежит к категории интерпретативных проективных методик, когда испытуемому следует объяснить, интерпретировать какой-либо случай, ситуацию (изображение руки). Как и в других проективных методиках, данный стимул приобретает смысл не просто в силу его объективного значения, а в связи с личностным значением той или иной позиции руки для конкретного субъекта.

Рука оказывает помощь человеку в совершении многих функций. Существуют факты, подтверждающие активную роль руки (наряду с глазами) даже во сне. Рука, осуществляющая постоянный контакт с внешней средой, необходима для удовлетворения витальных потребностей и участвует

практически во всех действиях, связанных с получением удовольствия, в том числе и в сексуальной активности. В детские годы рука – главный источник аутостимуляционных удовольствий и основной инструмент, обеспечивающий кинестетическую и тактильную обратную связь. Руки в огромной степени участвуют в формировании чувственного образа внешнего мира и, следовательно, дают человеку большую часть интериндивидуальной информации.

Поэтому закономерно предполагать, что проективный личностный тест, в котором разные изображения руки применяются как визуальный стимул, позволяющий выявить через описание и личностную соотнесенность предлагаемого стимульного материала многие поведенческие тенденции человека на основании его индивидуального восприятия и особенностей его эмоционального развития.

Методика «Тест Рука» находится в одном ряду с тестами Роршаха и ТАТ. Он имеет промежуточное расположении по степени неопределенности стимульного материала (рисунки рук менее неопределенный стимул, чем пятна Роршаха, так как рука является более реально существующим объектом). По мнению авторов, потенциал теста прогнозировать реальное поведение превосходит прогностическую способность теста Роршаха и ТАТ, так как его ответы более тесно скреплены с моторной сферой человека. Следовательно, возможность реального проявления раскрытых ею тенденций к действиям или, наоборот, их отсутствие в реальном поведении, является более высокой [33], [60].

Многие проективные техники, в отличие от данного теста, предназначены для измерения отдельных свойств личности, либо обращают внимание на общую картину, а данная методика допускает обе эти возможности. Её могут использовать и как традиционный клинический инструмент, выявляющий существенные потребности, мотивы, конфликты личности.

В детском варианте (до одиннадцати лет) главная цель – выявление не столько агрессивных тенденций, сколько наличия ожидаемой агрессии со стороны окружения, определение активной или пассивной личностной позиции. Определение параметра тесно связано с выявлением общего уровня психической активности, анализом других показателей эмоциональной сферы и межличностных отношений ребёнка.

Стимульный материал, представляющий собой 10 карточек (10х14 см), следующих друг за другом в определенном порядке. На девяти из них контурные изображения кисти руки, расположенные в разных позициях, (Приложение 5) десятая карточка – пустая. Все карточки пронумерованы от первой до десятой римскими цифрами. Подача стимульного материала, предъявляемая при жестком порядке, предполагает возможность поворота изображения ребенком в любых направлениях до получения сформулированного ответа. В то же время зафиксированная в протоколе ориентации поворота карточки, не является жестко необходимой, как показывает практика адаптации методики на детской популяции, это не привносит в результаты выполнения какой-либо особой содержательной информации. Данный факт позволяет использовать тестовый материал в последовательно сброшюрованном виде.

Методика в данной интерпретации используется для детей от четырёх до одиннадцати – двенадцати лет. Для детей старше одиннадцати – двенадцати лет рекомендуется использование для интерпретации и само проведение методики в её классическом варианте, представленный в адаптации теста Т. Н. Курбатовой [60].

Процедура проведения.

Перед ребенком открываются изображения по порядку и задаются вопросы основные и уточняющие, регистрирующиеся в краткой форме в протоколе обследования.

Если даются заведомо агрессивные, пассивно–депрессивные или какие–либо необычные демонстративные ответы, имеет смысл не проявлять свою заинтересованность, не меняя стиль разговора с ребенком.

Авторский вариант исследования направлен на уточнение ситуации, в которой «действует» данная рука, а также на выявление принадлежности данной руки тому или иному субъекту действия.

Регистрация результатов

Все ответы ребёнка, латентное время реакции на изображения, уточняющие вопросы и дополнительные разъяснения для каждого изображения заносятся в соответствующие разделы протокола.

Обработка результатов

1. Ведется подсчёт общего количество ответов, предоставленных ребенком, которое принимается за 100%.
2. Осуществляется формализация ответов ребёнка через отнесение каждого ответа к одной из девяти оценочных категорий(приложение 6).
3. Вычисляется процент ответов каждой категории по отношению к общему количеству ответов, что также заносится в таблицу.
4. Определяются коэффициенты по предлагаемым формулам.

На основании интерпретации ответов ребёнка и полученных числовых значений характеристик–коэффициентов определяются основные тенденции эмоционального и личностного развития ребёнка.

Произошло увеличение количества ответов, в той или иной степени связанных с деньгами и денежными отношениями. Значительный процент подобных «денежных» ответов может служить убедительным диагностическим показателем климата семьи, значимости для семьи подобных отношений. Следует отметить, что подобное «индуцированное» ситуацией в семье отношение ребёнка к деньгам может быть характерно как для бедных слоев населения, так и для состоятельных семей.

Основные интерпретационные коэффициенты

Так как сложно определить какие-либо нормативы оценок для детей в рамках популяционных исследований в различных регионах страны авторы предложили не абсолютные количественные оценки или параметры проведения теста, а разные относительные характеристики–коэффициенты. Подчеркивается относительность количественного определения показателей. К ним относится коэффициент ожидаемой агрессии (тревожности).

1. Коэффициент ожидаемой агрессии (тревожности) $K_{тр}$

$$(1) K_{тр} = \frac{Акт + Агр + Дир + Дем}{Тр + Пас + Зав + Дир}$$

Значение более 1, говорит о преобладании истинно агрессивного поведения ребёнка. При $K_{тр}$ меньше 1 – преобладание тенденций ожидаемой агрессии извне, тревога ребёнка по поводу агрессии окружающих.

Социометрия – методика «Капитан корабля»

Прочные предпочтения в отношениях наблюдаются уже в старшей группе детского сада. Дети начинают занимать разное положение среди сверстников: одни более предпочитаемы для большинства детей, а другие – менее. Предпочтения одних перед другими обычно называют «лидерством». Лидерство – одна из важных проблем в социальной психологии. Под сущностью лидерства, при всём разнообразии интерпретаций этого понятия, подразумевается способность к социальной ответственности, управлению, превалированию и подчинению себе других. Решение каких-либо задач, с организацией значимой для группы деятельности обычно связывают с феноменом лидерства. Это понимание трудно применимо к группе детского сада. Она не имеет четких целей и задач, нет какой-либо определенной, общей, объединяющей деятельности, и сложно говорить о степени социального влияния. Но нет сомнений предпочтения определенных детей, их особой притягательности. Поэтому в этом возрасте точнее будет говорить не о лидерстве, а о привлекательности или популярности таких детей. Присущее большое значение степени популярности ребёнка в группе сверстников. Путь его личностного и социального развития зависит от

отношений дошкольника, которые складываются в группе. Для выявления положения ребёнка в группе (степень их популярности или отверженности) в психологии пользуются социометрическими методами, позволяющими выявить взаимные (либо не взаимные) избирательные предпочтения детей. В этих методиках ребенок в воображаемых ситуациях осуществляет выбор предпочитаемых и не предпочитаемых членов группы.

Во время индивидуальной беседы ребенку показывают рисунок корабля (или игрушечный кораблик) и задают следующие вопросы:

- Если бы ты был капитаном корабля, кого из группы ты взял бы себе в помощники, когда отправился бы в дальнее путешествие?
- Кого пригласил бы на корабль в качестве гостей?
- Кого ни за что не взял бы с собой в плавание?
- Кто ещё остался на берегу?

Ответы, обычно, не вызывают у детей особых затруднений. Они уверенно называют два–три имени сверстников, с которыми они предпочли бы «плыть на одном корабле». Дети, получившие наибольшее число положительных выборов у сверстников (1–й и 2–й вопросы), могут считаться популярными в данной группе. Дети, получившие отрицательный выбор (3–й и 4–й вопросы), попадают в группу отверженных (или игнорируемых) [62, с. 13]

2.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента

Методика Пьерона–Рузера (Приложение 6)

Методика применялась в стандартном варианте

Анализ результатов диагностики детей старшей группы показал:

- снижение концентрации внимания у 27 %
- при выполнении задания допустили ошибки 65 %
- снижение темпа деятельности к концу выполнения задания (истощаемость внимания) у 73 %.

Методика «Кактус» (Приложение 7)

Исследование определило наличие

- импульсивности у 58 %
- агрессивности у 31 %

Анализ результатов диагностики качеств испытуемых детей старшей группы (двадцать шесть детей) выявил (табл. 12)

Таблица 12

№ п/п	Качества	Количество детей
1	Агрессивность	8
2	Импульсивность	15
3	Эгоцентризм	11
4	Неуверенность в себе, зависимость	15
5	Демонстративность, открытость	18
6	Скрытность, осторожность	–
7	Оптимизм	9
8	Тревожность	2
9	Женственность	6
10	Экстравертность	13
11	Интровертность	13
12	Стремление к домашней защите, чувство семейной общности	16
13	Отсутствие стремления к домашней защите, чувство одиночества	10

«Анкета для родителей детей 5 – 15 лет для выявления СДВГ (ГРДВ) и минимальных мозговых дисфункций» (Приложение 8)

Опрос родителей выявил наличие СДВГ

Синдром выражен

- слабо у 62 %
- значительно у 15 %
- очень сильно у 23 %

Выраженность агрессивности и оппозиционных реакций у детей:

- отсутствие у 50 %
- слабо у 23 %
- значительно у 23 %
- очень сильно у 4 %

Симптомы дефицита внимания:

- отсутствие у 2 %
- слабо у 12%
- значительно у 6 %
- очень сильно у 6 %

«Краткая шкала оценки симптомов ГРДВ–4» (Gadow K. D., Spafkin J., 1997)

В ходе диагностики детей старшей группы детского сада № 277 было предложено воспитателю и родителям заполнить анкеты на каждого ребёнка (Приложение 9).

Анализ анкет позволил выявить проявления симптомов:

Анкеты заполнил воспитатель

➤ *Невнимательности*

- отсутствие у 19 %
- слабо у 12 %
- значительно у 27 %
- очень сильно у 42 %

➤ *Гиперактивности и импульсивности*

- отсутствие у 19 %
- слабо у 12 %
- значительно у 19 %
- очень сильно у 50 %

➤ *СДВГ (по общему баллу)*

- отсутствие у 12 %
- слабо у 27 %
- значительно у 19 %
- очень сильно у 42 %

Анкеты заполнили родители

- *Невнимательности*
 - отсутствие у 8 %
 - слабо у 38 %
 - значительно у 38 %
 - очень сильно у 16 %
- *Гиперактивности и импульсивности*
 - отсутствие у 15 %
 - слабо у 46 %
 - значительно у 35 %
 - очень сильно у 4 %
- *СДВГ (по общему баллу)*
 - отсутствие у 4 %
 - слабо у 50 %
 - значительно у 42 %
 - очень сильно у 4 %

Изучив результаты опросника «Краткая шкала оценки симптомов ГРДВ–4» (Gadow K. D., Spafkin J., 1997), заполненного воспитателем можно говорить о наличии симптомов СДВГ примерно у половины группы (значительно – у 19% и очень сильно – у 42 %).

Ответы родителей указывают на слабую выраженность симптомов, это подтверждает *значение влияния окружения* на поведение и эмоциональное состояние ребенка. Дома в тихой обстановке ребёнок становится спокойным, а в детском саду, где всегда весело, много детей и взрослых его поведение становится шумным и беспокойным.

«Тест Рука» (Приложение 10)

По результатам теста можно говорить о превалировании истинно агрессивного поведения у 35 % детей старшей группы.

Методика «Капитан корабля» (Приложение 11)

Позволила выявить детей, получивших наибольшее число положительных выборов у сверстников – это *Юля и Стёпа*, они могут считаться популярными в данной группе.

Тимофей, Савелий и Семён, получили большее количество отрицательных голосов, они попадают в группу отверженных (или игнорируемых). Также по результатам диагностик у них выявлены симптомы СДВГ и агрессивности. Что, возможно, и является причиной отрицательного отношения к ним.

Составленная по результатам тестов «*Сводная таблица диагностик симптомов СДВГ*» (Приложение 12) позволила выявить наличие более пяти признаков СДВГ у десяти детей, которые вошли в экспериментальную группу.

2.3. Программа коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Программа состоит из шестнадцати групповых и пяти индивидуальных коррекционных занятий, она предназначена для детей старшего дошкольного возраста (Приложение 13).

Поводом для зачисления ребёнка в коррекционную группу послужили:

- результаты проведенных исследований,
- наблюдения и отзывы воспитателя,
- пожелания родителей.

В состав коррекционной группы были приглашены дети:

- гиперактивные
- импульсивные,
- невнимательные.

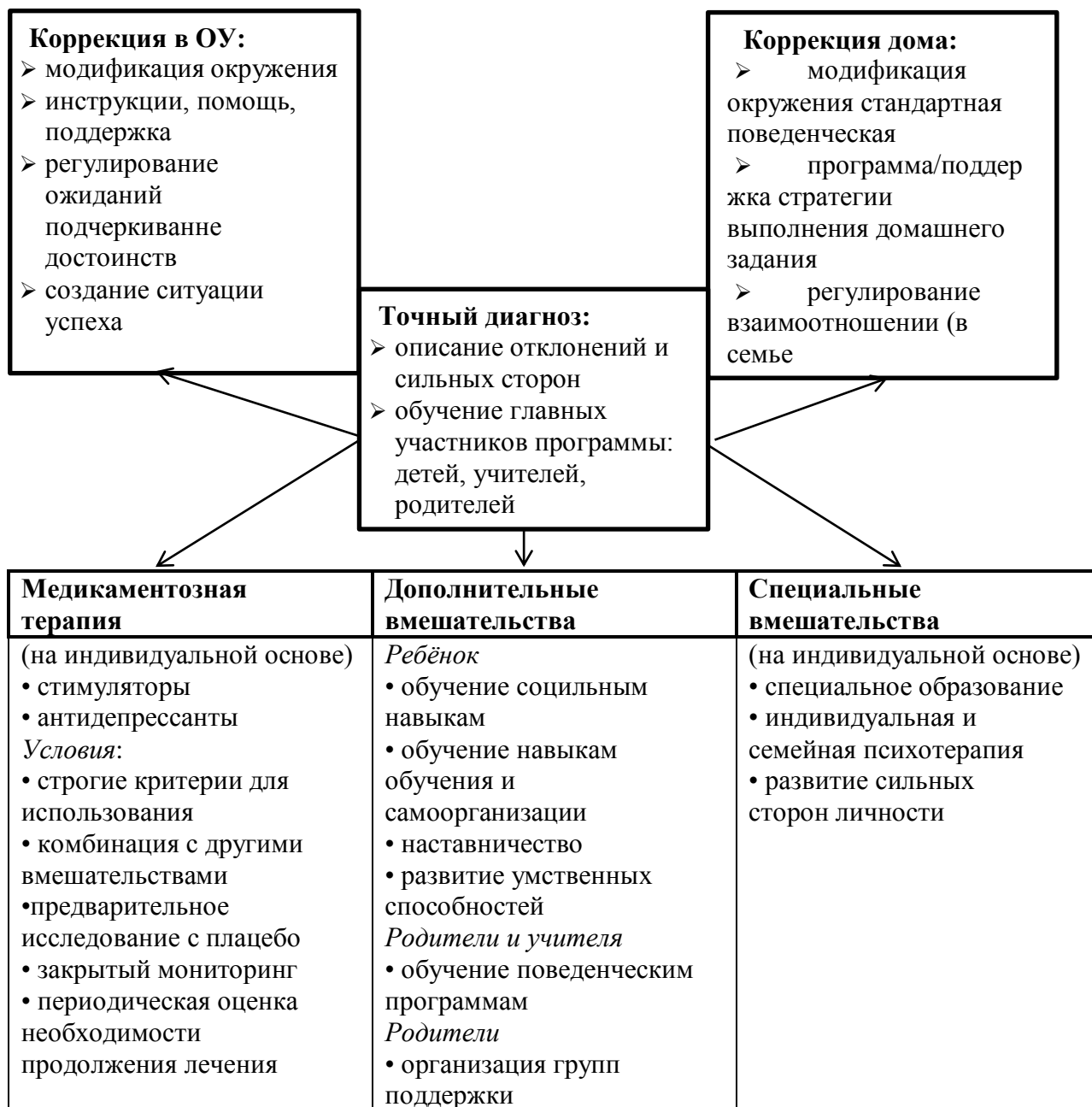
Перед тем как приступить к основному курсу занятий, с гиперактивными детьми была проведена индивидуальная работа (на развитие внимания и контроля импульсивности).

Групповые занятия проводились во второй половине дня. Продолжительность занятия – тридцать минут. Каждое из коррекционных занятий включало в себя игры на развитие внимания, контроля импульсивности и на управление двигательной активностью, психогимнастические и телесно–ориентированные упражнения.

Проведение занятий в физкультурном зале, где мало отвлекающих предметов, есть ковёр и достаточно просторно.

Работа по психокоррекции требует достаточно долгого времени. Проигрывание детьми одних и тех же игр много раз, позволяет натренировать недостаточно развитые психические функции, что они делают с удовольствием [3, с. 4], [31, с. 172].

В работе использовались методы психолого-педагогической коррекции и давались рекомендации родителям по выполнению домашних заданий и регулированию отношений в семье (рис. 21). Проводилась консультация педагога о способах коррекции поведения детей в группе детского сада.



[10]

**Рис. 21. Схема медико-психолого-педагогической коррекции СДВГ
по Kelly D. P. и Aylward G. P. (1992)**

Подходы и методы коррекции СДВГ

Подходы и методы коррекции	Описание
Группы поддержки	помогают родителям контактировать и взаимодействовать с другими людьми, имеющими сходные проблемы. Члены группы поддержки могут регулярно встречаться (например, ежемесячно), чтобы послушать лекции специалистов по ГРДВ, задать вопросы, поделиться неудачами и успехами, получить направление к квалифицированному специалисту и информацию о способах помощи.
Психотерапия	помогает пациентам с СДВГ (ГРДВ) понять и принять себя такими, каковы они есть, несмотря на имеющееся расстройство. Методы семейной психотерапии при ГРДВ рассчитаны на уменьшение психологической напряженности в семье, создание благоприятной для ребёнка обстановки. Групповая психотерапия направлена на развитие у детей навыков общения, социального взаимодействия.
Тренировка навыков социального взаимодействия	помогает детям также в выработке новых способов поведения. В процессе тренировки этих навыков специалист обсуждает и моделирует с пациентом формы приемлемого поведения, необходимые для развития и поддержания социальных взаимоотношений.
Поведенческая терапия	направлена на выработку более эффективных способов решения текущих проблем, поиск выхода из конкретных ситуаций
Тренировка навыков воспитания детей с СДВГ (ГРДВ)	проводится индивидуально или в ходе специальных занятий, при этом родителям разъясняют методы и приемы управления поведением их детей

[24, с. 197]

Правила работы с гиперактивными детьми:

1. Заниматься с ребёнком в дневное, а не вечернее время.
2. Снизить нагрузку ребёнка.
3. Разделение занятий на короткие, но более частые периоды.

Пользоваться физкультминутками.

4. Использовать выразительную, экспрессивную речь.
5. Снижение требований к опрятности в начале работы, для формирования чувства успеха.
6. Во время работы взрослый сидит рядом с ребёнком.
7. Пользоваться тактильным контактом (поглаживаниями, прикосновениями, элементами массажа).
8. Проговаривать с ребенком те или иные действия заранее.

9. Объяснения должны быть конкретными, короткими и чёткими.
10. Пользоваться гибкой системой поощрений и наказаний.
11. Поощрять нужно сразу, нельзя откладывать на будущее.
12. Предоставление ребёнку возможностей выбора.
13. Сохранять спокойствие.
14. Без хладнокровия не будет преимущества [38].

Таким образом, приоритетом родительского образования должна стать коррекция ориентиров воспитания и выработка ведущей концепции воспитания и образования, основанной на межличностном взаимодействии взрослого и ребёнка [57].

2.4 Результаты контрольного этапа эксперимента

Методика Пьерона–Рузера (Приложение 14)

Методика применялась в стандартном варианте

Анализ результатов диагностики детей экспериментальной группы показал:

- увеличение показателей концентрации внимания у 100 %
- при выполнении задания допустили ошибки 50 %
- темп деятельности выполнения задания увеличился.

Методика «Кактус» (Приложение 15)

Исследование определило наличие

- импульсивности у 10% (снижение у 90%)
- агрессивности у 20 % (снижение у 80%)

Анализ результатов диагностики качеств испытуемых детей экспериментальной группы (десять детей) выявил (табл. 14):

Таблица 14

№ п/п	Качества	Количество детей	
		КонсД	КонтД
1	Агрессивность	7	2
2	Импульсивность	10	1
3	Эгоцентризм	6	5
4	Неуверенность в себе, зависимость	5	5
5	Демонстративность, открытость	8	8
6	Скрытность, осторожность	–	–
7	Оптимизм	4	9
8	Тревожность	2	1
9	Женственность	2	2
10	Экстравертность	5	9
11	Интровертность	6	1
12	Стремление к домашней защите, чувство семейной общности	6	9
13	Отсутствие стремления к домашней защите, чувство одиночества	4	1
КонсД – констатирующая диагностика		КонтД – контрольная диагностика	

«Анкета для родителей детей 5 – 15 лет для выявления СДВГ (ГРДВ) и минимальных мозговых дисфункций» (Приложение 16)

Таблица 15

СДВГ	Симптом выражен	КонсД (%)	КонтД (%)
	• слабо	10	50
	• значительно	30	50
	• очень сильно	60	–
КонсД – констатирующая диагностика		КонтД – контрольная диагностика	

Сравнивая выраженность симптомов в КонсД и КонтД можно выявить снижение показателей.

«Краткая шкала оценки симптомов ГРДВ–4» (Gadow K. D., Spafkin J., 1997)

В ходе контрольной диагностики детей экспериментальной группы было повторно предложено воспитателю и родителям заполнить анкеты на каждого ребёнка (Приложение 17).

Анализ анкет позволил выявить и сравнить выраженность проявлений (табл. 16):

Таблица 16

	<i>СДВГ</i>	Симптом выражен	КонсД (%)	КонтД (%)
Анкету заполнил воспитатель	Невнимательность	• отсутствие	0	0
		• слабо	0	10
		• значительно	0	40
		• очень сильно	100	50
	Гиперактивность и импульсивность	• отсутствие	0	0
		• слабо	0	0
		• значительно	0	0
		• очень сильно	100	100
	СДВГ (по общему баллу)	• отсутствие	0	0
		• слабо	0	0
		• значительно	0	50
		• очень сильно	100	50
Анкету заполнили родители	Невнимательность	• отсутствие	0	0
		• слабо	10	50
		• значительно	60	30
		• очень сильно	30	20
	Гиперактивность и импульсивность	• отсутствие	10	40
		• слабо	30	40
		• значительно	50	10
		• очень сильно	10	10
	СДВГ (по общему баллу)	• отсутствие	0	0
		• слабо	20	60
		• значительно	70	40
		• очень сильно	10	0
КонсД – констатирующая диагностика		КонтД – контрольная диагностика		

Изучив результаты опросника «Краткая шкала оценки симптомов ГРДВ–4» (Gadow K. D., Spafkin J., 1997), заполненного воспитателем и родителем в ходе констатирующей и контрольной диагностики можно увидеть снижение выраженности симптомов СДВГ дома и в детском саду.

«Тест Рука» (Приложение 18)

Сравнение результатов констатирующего и контрольного тестов показало, что количество детей с проявлениями агрессии осталось прежним, снизился показатель коэффициента агрессивности ($K_{тр}$).

Средний $K_{тр}$

КонсД 1,8

КонтД 1,5

Методика «Капитан корабля» (Приложение 19)

Сопоставление показателей отрицательного выбора констатирующей и контрольной диагностики показал снижение количества отрицательных голосов, что является результатом снижения гиперактивности и агрессивного поведения.

Сравнение результатов констатирующих и контрольных тестов *«Сводной таблицы диагностик симптомов СДВГ»* (Приложение 20) показывает снижение признаков синдрома у десяти детей, которые вошли в экспериментальную группу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемы, связанные с гиперактивностью, и пути их решения важны и сегодня. Педагогам дошкольного и школьного образования приходится особенно трудно. Дети с СДВГ срывают занятия и уроки, постоянно конфликтуют с другими детьми и взрослыми. Многие педагоги, родители и сам ребёнок нуждаются в консультации психолога, который поможет понять причины столкновений и найти способы выхода из сложившейся ситуации. Ведь СДВГ не является следствием распушенности или дурного воспитания, это патологическое состояние и имеет нейробиологическую природу.

Необходимы методики, которые будут не просто ориентироваться на нормативно возрастные закономерности детского развития, но и решать проблемы, осложняющие развитие и образование ребёнка, учитывать феноменологические особенности развития современного ребёнка. Особенно важно, чтобы такие технологии имели своевременное подключение к процессу развития и образования ребёнка, поскольку максимальная пластичность головного мозга отмечается именно в дошкольный период развития ребёнка, следовательно, важно не пропустить этот период и использовать не стандартные, а феноменологически оправданные технологии развития и образования ребёнка

Раннее выявление СДВГ и безотлагательное проведение коррекционных мероприятий с применением современных эффективных методов позволяют преодолеть многие трудности и достичь значительных результатов. Необходимыми условиями для этого являются своевременность, последовательность и достаточная продолжительность оказываемой помощи, но самое главное – и родителям, и педагогам, работающим с детьми с СДВГ, никогда не следует терять взаимопонимания с ребенком и надежд на его успехи. Коррекция гиперактивного расстройства должна носить комплексный характер и объединять различные подходы, в том числе методы модификации поведения (специальные воспитательные приемы для

родителей и педагогов), психолого–педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение [24]. В лечении подобных случаев много внимания уделяется тому, чтобы научить родителей контролировать поведение ребёнка и помочь ребёнку развить уровень интеллекта, и лишь иногда нельзя обойтись без лекарств. Чаще всё перечисленное комбинируется для достижения лучшего результата.

При реализации коррекционной методики учитывался тот факт, что коррекция будет эффективна лишь при условии тесного сотрудничества семьи и ДОО, которое обязательно должно включать обмен информацией между родителями, воспитателем и психологом посредством совместных бесед и лекций. Успех в коррекции будет гарантирован при условии поддержания единых принципов в отношении к ребёнку дома и в детском саду.

Направления коррекционной работы педагога – психолога:

1. Лекции и беседы с педагогами и родителями по теме: «Особенности проявления гиперактивности (СДВГ) у детей».
2. Индивидуальные коррекционно–развивающие занятия с детьми.
3. Групповые коррекционно–развивающие занятия с детьми.
4. Проведение консультаций и составление рекомендаций для родителей и педагогов по взаимодействию с детьми.

В ходе исследования удалось:

- Изучить психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования.
- На основе теоретического анализа психолого-педагогических исследований выявить психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
- Изучить комплекс психобиологических, семейных, школьных и социальных факторов, которые оказывают влияние на развитие СДВГ.
- Провести психологическую диагностику детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

➤ Экспериментально проверить эффективность выбранной коррекционно-педагогической технологии.

Задачи исследовательской работы выполнены. Цель исследования достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазова, О. В. Анализ и систематизация научных знаний о нарушениях внимания младших школьников с задержкой психического развития [Текст] / О. В. Алмазова // Специальное образование. – 2005. – № 4. – С.26-31.
2. Алтынник, Е. В. Поиграем с непоседой [Текст] : картотека игр для детей 4-5 лет / Е. В. Алтынник, С. И. Васютина // Логопед. – 2015. – № 4. – С. 110-115.
3. Арцишевская, И. Я. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду [Текст] / И. Я. Арцишевская. – 2-е изд., доп. – М. : Книголюб, 2005. – 64 с.
4. Астапов, В. М. Коррекционная педагогика с основами нейро– и патопсихологии [Текст] : учеб. пособие / В. М. Астапов. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 176 с.
5. Бабич, Е. Г. Особенности когнитивной сферы у дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью [Электронный ресурс] / Е. Г. Бабич, Д. В. Савченко // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2015. – Т. 14, № 5 (132). – С. 48-55. – URL : <http://elibrary.ru/item.asp?id=25441386> (дата обращения: 11.07.2016).
6. Баданина, Л. П. Психология познавательных процессов [Текст] : учеб. пособие / Л. П. Баданина. – М. : Флинта, 2012. – 240 с.
7. Белопольская, Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития [Текст] / Н. Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. – М. : Когито-Центр, 2009. – 192 с.
8. Белоусова, О. Преемственность ДОО со школой [Электронный ресурс] / О. Белоусова. – URL : <http://www.maam.ru/detskijasad/-premstvenost-dou-so-shkoloi.html> (дата обращения: 21.10.2016).
9. Бернштейн, Н. А. О ловкости и ее развитии [Текст] / Н. А. Бернштейн. – М. : Физкультура и спорт, 1991. – 288 с.

10. Брызгунов, И .П. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях [Текст] / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2003. – 96 с.
11. Васильева, А. А. К вопросу о формировании познавательной сферы у старшего дошкольника с СДВГ [Текст] / А. А. Васильева // Актуальные проблемы психологического знания. – 2010. – № 4. – С. 94-98.
12. Велиева, С. В. Диагностика психических состояний детей дошкольного возраста [Текст] / С. В. Велиева. – СПб. : Речь, 2005. – 240 с.
13. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии [Текст] : учеб. для студентов вузов / Т. Г. Визель. – М. : АСТ: Астрель, 2005. – 384 с.
14. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития [Текст] : учеб. пособие для студентов вузов / П. Альтхерр [и др.] ; под ред. М. Пассольта ; пер. с нем. В. Т. Алтухова. – М. : Академия, 2004. – 160 с.
15. Грибанов, А. В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / А. В. Грибанов, Т. В. Волокитина, Е. А. Гусева, Д. Н. Подоплекин. – М. : Акад. Проект, 2004. – 176 с.
16. Данилова, Н. Н. Психофизиология [Текст] : учеб. для вузов / Н. Н. Данилова. – М. : Аспект Пресс, 2012. – 368 с.
17. Данилова, Н. Н. Физиология высшей нервной деятельности [Текст] : учеб. для студентов вузов / Н. Н. Данилова, А. Л. Крылова. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 478 с.
18. Депутат, И. С. Интеллектуальное развитие детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью [Текст] : монография / И. С. Депутат, А. В. Грибанов ; Сев. (Арктич.) федер. ун–т им. М. В. Ломоносова. – Архангельск : САФУ, 2011. – 135 с.
19. Дормашев, Ю. Б. Психология внимания [Текст] : учебник / Ю. Б. Дормашев, В. Я. Романов. – М. : Моск. психол.–социал. ин-т : Флинта, 2002. – 376 с.
20. Дубровинская, Н. В. Психофизиология ребёнка [Текст] : психофизиолог. основы дет. валеологии : учеб. пособие для студентов вузов /

Н. В. Дубровинская, Д. А. Фарбер, М. М. Безруких. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 144 с.

21. Елисеева, О. Н. Психолого-педагогическая технология коррекции агрессивных проявлений у гиперактивных детей старшего дошкольного возраста [Текст] / О. Н. Елисеева // Педагогическое образование в России. – 2012. – № 1. – С. 87-95.

22. Ермилова, Н. В. Дошкольник как феномен современного развивающего образования [Текст] / Н. В. Ермилова, Н. Б. Копейкина // Приволжский научный журнал. – 2012. – № 3. – С. 271-275.

23. Жмуров, В. А. Общая психопатология [Текст] / В. А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.

24. Заваденко, Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте [Текст] : учеб. пособие для студентов вузов / Н. Н. Заваденко. – М. : Академия, 2005. – 256 с.

25. Заваденко, Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания [Текст] / Н. Н. Заваденко. – М. : Школа-Пресс, 2001. – 128 с.

26. Заломихина, И. Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / И. Ю. Заломихина // Логопед. – 2007. – № 3. – С. 33-40.

27. Иванов, С. П. Медико-психологическая экспертная система «Оценка и прогноз развития школьника» в комплексной организации профилактики дезадаптивного поведения ребёнка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности [Текст] / С. П. Иванов, Е. В. Семакова, А. А. Усков // Известия Смоленского государственного университета. – 2013. – № 1 (21). – С. 393-402.

28. Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза [Текст] : материалы межрегион. науч.-практ. конф. студентов, аспирантов, магистрантов и слушателей, 21 апр. 2011 г., г. Екатеринбург,

Россия / Урал. гос. пед. ун-т ; науч. ред. И. А. Филатова, О. Г. Нугаева. – Екатеринбург : [б. и.], 2011. – 277 с.

29. Истратова, О. Н. Диагностика и коррекция агрессивности у детей дошкольного возраста [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / О. Н. Истратова ; Таганрог. гос. радиотехнич. ун-т. – Ростов н/Д, 1998. – 23 с.

30. Коломинский, Я. П. Психическое развитие детей в норме и патологии [Текст] : психол. диагностика, профилактика и коррекция / Я. П. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.

31. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста [Текст] / Л. М. Шипицына [и др.] ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 240 с.

32. Кузнецова, И. В. Психолого-педагогическая модель коррекции гиперактивного синдрома с дефицитом внимания у детей дошкольного возраста [Электронный ресурс] / И. В. Кузнецова // Ярославский педагогический вестник. – 2008. – № 4. – С. 121-124. – Режим доступа : <http://elibrary.ru/item.asp?id=15200942> (дата обращения: 16.07.2016).

33. Курбатова, Т. Н. Проективная методика исследования личности HAND-ТЕСТ [Текст] : метод. рук. / Т. Н. Курбатова, О. И. Муляр – СПб. : ИМАТОН, 2001. – 57 с.

34. Кучма, В. Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / В. Р. Кучма, И. П. Брызгунов // Детская патопсихология : хрестоматия : учеб. пособие / сост. Н. Л. Белопольская. – М., 2010. – С. 330-348.

35. Лункина, Е. Н. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью [Текст] / Е. Н. Лункина // Управление дошкольным образовательным учреждением. – 2008. – № 3. – С. 70-73.

36. Лурия, А. Р. Лекции по общей психологии [Текст] : учеб. пособие для студентов / А. Р. Лурия. – СПб. : Питер, 2006. – 320 с.

37. Лютова, Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми [Текст] / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – СПб. : Речь, 2001. – 190 с.
38. Лютова, Е. К. Шпаргалка для родителей. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми [Текст] : для психологов, воспитателей, учителей мл. кл., студентов / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – СПб. : Речь ; М. : Сфера, 2010. – 136 с.
39. Лях, Т. И. Психология [Текст] : учеб. пособие для бакалавров : в 2 ч.. / Т. И. Лях, М. В. Лях ; Тул. гос. пед. ун-т им. Л. Н. Толстого. – Тула : [б. и.]. 2010. – Ч. 2 : Возрастная психология. – 171 с.
40. Мазина, А. К. Исследование особенностей проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста [Тест] / А. К. Мазина, А. К. Падашуль // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2012. – № 10/2. – С. 55-58.
41. Марцинковская, Т. Д. Диагностика психического развития детей [Текст] : пособие по практ. психологии / Т. Д. Марцинковская. – М. : ЛИНКА-ПРЕСС, 1997. – 176 с.
42. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mkb-10.com/-index.php?pid=4441> (дата обращения: 27.10.2016).
43. Могилевская, Т. Е. Двигательные нарушения дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью с позиций уровневой теории построения движений Н. А. Бернштейна [Текст] / Т. Е. Могилевская // Специальное образование. – 2011. – № 2. – С. 35-43.
44. Могилевская, Т. Е. Коррекция двигательной сферы дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью [Текст] : дис. канд. пед. наук : 13.00.03 / Т. Е. Могилевская ; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2009. – 179 с.
45. Моница, Г. Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь [Текст] : монография / Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко. – СПб. : Речь, 2007. – 186 с.

46. Мони́на, Г. Б. Игры для детей от трех до семи лет [Текст] / Г. Б. Мони́на, Ю. В. Гу́рин. – СПб. : Речь ; М. : Сфера: 2011. – 256 с.
47. Мурашова, Е. В. Дети – «тюфяки» и дети – «катастрофы» [Текст] : гиподинам. и гипердинам. синдром / Е. В. Мурашова. – М. : Самокат, 2014. – 375 с.
48. Мухина, С. Педагогические условия воспитания и развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью [Электронный ресурс] / С. Мухина // Коррекционно-развивающее образование. – 2015. – № 2. – С. 33-49. – URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=23660947> (дата обращения: 16.07.2016).
49. Неретина, Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология [Текст] : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. – М. : ФЛИНТА, 2010. – 376 с.
50. Никишина, В. Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития [Текст] : пособие для психологов и педагогов / В. Б. Никишина. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 128 с.
51. Обухова, Л. Ф. Возрастная психология [Текст] : учеб. пособие для студентов вузов / Л. Ф. Обухова. – М. : Пед. о-во России, 2001. – 442 с.
52. Общая психология [Текст] : учеб. пособие для пед. ин-тов / под ред. А. В. Петровского. – М. : Просвещение, 1977. – 187 с.
53. Основы психофизиологии [Текст] : учеб. для студентов вузов / отв. ред. Ю. И. Александров. – М. : ИНФРА-М, 1997. – 349 с.
54. Павлов, И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга [Текст] / И. П. Павлов. – М. : Изд-во АМН СССР, 1952. – 286 с.
55. Пасечник, Л. Гиперактивность: как быть? [Текст] / Л. Пасечник // Дошкольное воспитание. – 2007. – № 1. – С. 88-95.
56. Политика, О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью [Текст] / О. И. Политика. – СПб. : Речь, 2005. – 208 с.
57. Положай, М. Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как результат сенсорной и моторной депривации у детей при

злоупотреблении телевидением [Текст] / М. Н. Положай // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 6. – С. 229-232.

58. Романчук, О. И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей [Текст] : пер. с укр. / О. И. Романчук. – М. : Генезис, 2010. – 336 с.

59. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии [Текст] : учеб. пособие для студентов вузов / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер», 2000. – 712 с.

60. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического состояния ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст [Текст] / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2011. – 384 с.

61. Сиротюк, А. Детская гиперактивность: причины, рекомендации [Текст] / А. Сиротюк // Дошкол. воспитание. – 2007. – № 8. – С. 44-50.

62. Смирнова, Е. О. Межличностные отношения дошкольников: диагностика, проблемы, коррекция [Текст] / Е. О. Смирнова, В. М. Холмогорова. – М. : ВЛАДОС, 2005. – 160 с.

63. Специальная психология [Текст] : учеб. для студентов вузов / Л. М. Шипицына [и др.] ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2010. – 253 с.

64. Специальная психология [Текст] : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский [и др.] ; под ред. В. И. Лубовского. – М. : Академия, 2007. – 464 с.

65. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста [Текст] / Г. Е. Сухарева. – М. : Медгиз, 1955. – 458 с.

66. Терентьева, И. Н. Как работать с гиперактивными детьми [Текст] / И. Н. Терентьева, Е. Л. Разумова // Организация работы с родителями дошкольников в образовательном учреждении : сб. ст. и тез. / Урал. гос. пед. ун-т ; сост. А. В. Жукова. – Екатеринбург, 2008. – Ч. 1. – С. 214-240.

67. Фатихова, Л. Использование игр с предметами при работе с гиперактивными детьми [Текст] / Л. Фатихова // Дошкольное воспитание. – 2014. – № 8. – С. 94-98.

68. Шевандрина, Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности [Текст] : учеб. для студентов вузов / Н. И. Шевандрина. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 512 с.

69. Хомская, Е. Д. Нейропсихология [Текст] : учеб. для студентов / Е. Д. Хомская. – СПб. : Питер, 2003. – 496 с.

70. Чернигина, Е. В. Эффективность телесно-ориентированной психотехники в решении проблем психомоторного развития детей 4-5 лет с признаками СДВГ [Текст] / Е. В. Чернигина // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 1. – С. 99-107.

71. Яскова, О. Гиперактивность как психологический диагноз [Текст] : особенности гиперактив. ребенка / О. Яскова // Дошкольное воспитание. – 2009. – № 8. – С. 108-113.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВПФ – высшие психические функции

ГРДВ – гиперактивное расстройство с дефицитом внимания

ДА – двигательная активность

ДОУ – дошкольное образовательное учреждение

ЗПР – задержка

КонсД – констатирующая диагностика

КонтД – контрольная диагностика

ММД – минимальные мозговые дисфункции

ОНР – общее недоразвитие речи

ОР – ориентировочный рефлекс

РАО – Российская академия образования

СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью

УО – умственная отсталость

УУД – универсальные учебные действия

ЦНС – центральная нервная система

ЭВС – эмоционально-волевая сфера